

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 118.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juin 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maxence DE CHARETTE

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 27 décembre 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DU CORPS DU PANCRÉAS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552622_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 118.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juin 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maxence DE CHARETTE

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 27 décembre 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	M. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. REGAUD.	MM. J. LEPINE.	MM. MOUNEYRAT.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET, ch..
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch..
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BRETIN, ch..
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, *Président*; M. NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. GAYET et PATEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX .

MM. PONCET, LECLERC, ROLLET,
TIXIER, ALBERTIN.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

CHAPITRE PREMIER

Introduction

En 1882, MM. Bard et Pic montrèrent, dans un travail depuis lors classique, que le cancer primitif du pancréas n'était pas une rareté comme on l'avait cru trop longtemps, et que, dans un très grand nombre de cas, son diagnostic était parfaitement possible. Presque toujours, en effet, comme ils le montraient, le néoplasme siégeait au niveau de la tête de l'organe, comprimait le cholédoque et amenait rapidement l'apparition d'ictère par rétention auquel un certain nombre de symptômes annexes donnaient une physionomie très spéciale.

Le syndrome Bard et Pic étant ainsi créé fut reconnu exact dans l'immense majorité des cas. Ceux qui ne correspondaient pas au type individualisé devaient être considérés comme des formes anormales, anomalies tenant le plus souvent à un siège extra-cervical.

Quelques années plus tard, en 1899, Pic avec Tolot, puis dans la thèse de Bachon, étudiait ces formes anormales. Il en distinguait deux catégories : celle où le cancer siégeant à la tête, le syndrome classique n'apparaît pas et celle où le cancer siège au niveau du corps

ou de la queue. Il considérait le cancer du corps comme très rare, à peine connu. Bachon ne réunissait que quatre observations.

En 1902, Gimbert, à l'instigation de Barjon, rapportait une observation nouvelle de cancer du corps à forme aortique pseudo-anévrysmale et continuait à considérer cette localisation comme infiniment rare.

C'est cette opinion qui est consacrée par les traités classiques où on fait à peine mention de cette variété du néoplasme, qu'on considère habituellement comme une trouvaille d'autopsie.

Cependant le cancer du corps du pancréas n'est peut-être pas aussi rare qu'on a bien voulu le dire. Des statistiques globales suffiraient à le prouver.

Sur 79 cas de cancer du pancréas réunis par Biach en 1883 (citée par Kœrte) :

- 19 fois la tumeur siégeait au niveau de la tête ;
- 13 fois la tumeur siégeait au niveau du corps ;
- 31 fois la tumeur était diffuse.

Segré, sur 127 observations de tumeur du pancréas, trouve le siège indiqué 57 fois :

- 25 fois à la tête ;
- 19 fois diffus ;
- 2 fois au corps ;
- 1 fois à la queue.

Statistique d'Ancelet (citée par Nimier, *Revue de Chirurgie*, 1893) :

- 32 fois à la tête ;

5 fois au corps ;
2 fois à la queue ;
88 fois toute la glande.

Körte, dans son travail de la *Deutsche Chirurgie* (1898), donne le tableau des affections pancréatiques autopsiées par Benda, du 1^{er} septembre 1894 au 14 septembre 1897. Sur 3.018 autopsies, il a vu : 79 maladies pancréatiques parmi lesquelles il s'agissait :

8 fois de tumeur primitive maligne du pancréas ;
2 fois de cancer du corps.

M. le professeur Jaboulay nous a dit en avoir observé quelques cas, mais n'en a retrouvé qu'une observation dans ses notes.

Depuis trois ans ont été observés, dans le service de M. le professeur Poncet, trois cas que nous rapportons plus loin, et qui furent laparotomisés par MM. Leriche et Delore.

L'étude de la première de ces observations avait conduit à cette notion : que ces tumeurs, prises habituellement pour des cancers gastriques, s'en différenciaient par l'intensité des douleurs et les caractères physiques de la tumeur. La chose avait paru si vraie, qu'en présence d'un deuxième cas on put y songer et même en porter le diagnostic, sous toutes réserves, évidemment.

De son côté, M. le professeur Chauffard ayant été frappé, dans un cas, de l'intensité des douleurs, fut amené à décrire, à l'Académie de Médecine, le 10 octobre 1908, le syndrome douloureux des cancers du corps, dont il a rapporté deux observations.

Peu après, M. Malbot, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, apportait un fait confirmatif de ces recherches.

A l'occasion d'un fait que nous avons observé personnellement dans le service de M. Poncet et qui a vivement attiré notre attention, nous avons cru, à l'instigation de M. Leriche, qui avait laparotomisé le malade, qu'il serait intéressant de revenir sur ce sujet et d'en esquisser une brève étude clinique.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I (inédite)

Françoise P..., 65 ans, cultivatrice. La malade entre en chirurgie pour de l'ictère, dans le service de M. Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires.

Mariée, deux enfants bien portants. Ménopause à 50 ans. Elle nie l'éthylisme. Pas de stigmates de spécificité. Aucune maladie antérieure. Il y a deux ans, elle eut la jaunisse à la suite d'une frayeur. L'ictère a disparu après quatre mois. Consécutivement, la malade se portait assez bien, mangeait et dormait bien.

Depuis deux ou trois mois, elle se plaignait de douleurs abdominales assez vives dans la moitié sus-ombilicale de l'abdomen, surtout à droite. Ces douleurs l'empêchaient de dormir. Ensuite, elle a senti elle-même, dans la région épigastrique, une grosse tumeur. Le médecin lui a conseillé de se faire opérer. La malade avait en outre des nausées assez fréquentes, sans vomissements. A ce moment, pas d'ictère. Amaigrissement rapide. Laparotomie par M. Delore, aidé de M. Leriche, le 31 décembre 1907. On trouve une grosse tumeur, formée aux dépens du corps du pancréas et semblant gagner du côté de la tête. Inopérable. Quatre jours après seulement, apparition d'un ictère pro-

gressif. La malade est peu après envoyée en médecine dans le service du professeur Teissier où l'on note :

A l'entrée. — Ictère assez foncé avec tous ses signes. Téguments et conjonctives jaune foncé. Matières complètement décolorées. Nausées fréquentes. Quelques vomissements le soir. Anorexie marquée. Dégoût pour la viande et les matières grasses. Constipation légère. Pas de diarrhée.

Au palper, on sent, dans la région épigastrique, une grosse masse dure, assez régulière, douloureuse, se prolongeant, du côté droit et du côté gauche, presque jusqu'à la région splénique. La matité hépatique ne déborde pas les fausses côtes. Au-dessous du foie, on a nettement la sensation d'une vésicule dilatée. Pas d'ascite. La matité splénique se perçoit sur quatre à cinq travers de doigt et on sent, au-dessous des fausses côtes gauches, une masse dure qui est peut-être un prolongement à gauche de la tumeur médiane ou une généralisation splénique.

Poumons. — Murmure un peu diminué, surtout à la base droite. Sonorité normale. Râles de bronchite.

Cœur. — Rien au cœur.

La malade a eu des poussées de température à 39° et 39°5. Ordinairement, elle se maintient vers 38° à 38°5.

Urines. — Pigments biliaires. Ni sucre, ni albumine.

31 janvier. — Ganglions inguinaux. Réaction de Weber : faiblement positive.

Examen du sang, 20 février :

Globules rouges	3.038.000
Globules blancs	9.300

Hémoglobine : 8 au Molosse.

Résistance globulaire : début de l'hémolyse au tube 2.

Pouvoir hémolytique augmenté : II gouttes.

19 février. — Urines : ni sucre, ni albumine.

Phosphates	1 gr. 40 au litre
Urée	14 80 —
Chlorures	2 25 —

Pas de pigments biliaires. Urobiline : traces notables. — Pas d'indican.

Traitement : Lavement de sérum. Fiel de bœuf. Injection de quinine.

Cachexie progressive. — Mort le 1^{er} mars.

COMPTE-RENDU D'AUTOPSIE

Poids des organes : Cœur : 320.

Foie : 1650.

Poumon droit : 370.

Poumon gauche : 300.

Rein droit : 180.

Rein gauche : 250.

Rate : 340.

Autopsie du 2 mars 1908 : Thorax. — Pas de liquide dans les plèvres, quelques adhérences pleurales, surtout à droite et à la partie moyenne.

Sur la surface des poumons, quelques noyaux néoplasiques. On en sent d'autres à l'intérieur. A la coupe ces noyaux sont très limités, arrondis, comme encoulés. Les plus gros sont comme une noisette. Pas de tuberculose au sommet.

Cœur. — Rien au péricarde. Pas de lésions valvulaires. L'aorte paraît saine, un peu épaissie par places. Quelques plaques souples d'athérome à la partie supérieure de la crosse. A la région des rénales, il y a de véritables plaques calcaires dures qui rendent le vaisseau rigide.

Abdomen. — La masse néoplasique fait saillie à travers le petit épiploon et l'estomac l'enserme en demi-cercle. Le pylore est projeté en avant et très accessible. L'estomac est peu dilaté.

La vésicule est très en dehors, grosse, allongée, verte et pas très pleine. La bile est noirâtre et il y a des petits graviers durs.

Le cholédoque admet facilement l'index, il est obstrué à sa partie inférieure par le néoplasme.

Le foie présente une seule tache de bougie à sa face supérieure, et au milieu le parenchyme est infiltré de bile avec petits abcès biliaires à la surface du lobe gauche.

Il y a de la péritonite généralisée. Malgré l'ictère, les anses

sont rougeâtres et ont des dépôts fibrineux, surtout dans le petit bassin et au voisinage de la rate. Le grand épiploon est rétracté vers la rate. Le colon souligne l'estomac et la masse néoplasique. L'arrière cavité des épiploons n'existe plus, les parois en sont accolées par une masse rougeâtre ressemblant à une muqueuse cadavérique. La masse néoplasique est bosselée avec parties molles et dures, mais arrondies. Les coupes montrent un pancréas totalement infiltré par des masses néoplasiques, avec des noyaux ganglionnaires tout autour qui, en arrière, enserrrent la veine cave et l'aorte; la tête est partiellement respectée. La rate a de la plérisplénite, mais pas de noyaux de généralisation.

Les reins sont gros, bilieux, se décapsulent assez facilement, mais la capsule est épaisse.

Les capsules surrénales n'ont rien de spécial, l'appendice est sain.

OBSERVATION II (inédite)

Jean X..., 65 ans, cultivateur, demeurant à Saint-Vallier. Entré le 6 janvier 1908, dans le service de M. Jaboulay.

Diagnostic clinique. — Laparotomie : Lipomatose sous-séreuse. Néoplasme du corps du pancréas.

Le malade entre pour des troubles gastriques datant d'il y a deux mois. Jusqu'alors, il n'avait jamais ressenti rien de bien net à ce sujet. Cependant, depuis quelque temps déjà, il s'apercevait que les digestions étaient plus lentes, qu'il avait des renvois de goût désagréable. Toutefois, il pouvait travailler facilement.

Il y a deux mois, les digestions devinrent pénibles, les crampes d'estomac lui firent diminuer son alimentation. Il eut bientôt du dégoût, puis une véritable répulsion pour les aliments gras. Peu à peu, les douleurs prirent une telle intensité que le malade se faisait vomir lui-même pour obtenir du soulagement.

Jamais ni hématomène ni méloène.

A l'examen on note :

Teint jaune paille caractéristique. Affaiblissement et amaigrissement. A la palpation, légère résistance dans la région pylorique. Il y a de la tension intermittente de l'épigastre après excitation. L'estomac est dilaté et clapotant.

Rien aux différents viscères.

La catéthérisme de l'œsophage montre que les olives sont arrêtées par un spasme à la hauteur du cardia.

Le chimisme stomacal avait donné :

Acide lactique : réaction très nette.

Acide chlorhydrique libre : néant.

A l'examen du sang, on avait :

1° Globules rouges pauvres en hémoglobine.

2° Globules blancs très nombreux.

Mononucléaires abondants, lymphocytes assez fréquents, polynucléaires dominants, eosinophiles très rares.

En résumé. — Sang d'un cancéreux d'estomac avec généralisation ganglionnaire. Cachexie néoplasique.

Pronostic grave.

10 février 1908. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Induration vers la petite courbure, s'étendant du cardia au pylore. On découvre sur une anse grêle, voisine du jéjunum, une tache graisseuse sous-séreuse, qui attire l'attention du côté du pancréas.

L'exploration de cet organe montre au niveau du corps une masse dure semblant, au premier abord, composée de ganglions et d'une portion indurée du pancréas. M. Jaboulay, après examen, conclut à un cancer du corps du pancréas gênant le fonctionnement gastrique et fait une gastro-entéro-anastomose au bouton.

14 février 1908. — Le malade souffre dans le mollet gauche. La saphène forme un cordon dur et douloureux. Légère température. Il y a deux jours, le malade a vomi quelques gorgées de liquide. Il a le ventre ballonné et ne fait pas de gaz.

18 février 1908. — Le malade se cachectise. Pouls très rapide et très faible. La température ne baisse pas.

19 février 1908. — Pouls à 130.

25 février 1908. — Plusieurs vomissements. Par la plaie, il s'écoule une quantité considérable de sérosité.

10 mars 1908. — Etat stationnaire. Inappétence invincible. Petites escarres fessières.

Mort le 12 mars 1908, dans la cachexie.

OBSERVATION III (inédite)

Cancer du corps du pancréas. Laparotomie exploratrice.

Claude P..., 67 ans, cuisinier. Entré, le 20 février 1907, dans le service de M. le professeur Poncet, pour des troubles gastriques. Aucun antécédent héréditaire intéressant.

Personnellement, il a eu la malaria en 1861, à Rome, où il était comme soldat du corps d'occupation. Hors ce paludisme, dont il ne souffre plus depuis longtemps, il a toujours eu une santé parfaite.

Il y a trois mois, il prit froid en pêchant dans la Saône et, depuis ce moment, il a perdu l'appétit et a maigri. En même temps, ses digestions sont devenues pénibles et il souffre d'une continuelle pesanteur dans la masse du creux épigastrique. Il n'a jamais vomi, n'a jamais eu d'hématémèse, ni de mélæna. Il n'est pas constipé. Son teint est devenu jaunâtre, et il a perdu, en ces trois mois, 15 kilos.

A l'examen. — On trouve un homme très amaigri, continuellement las, se plaignant d'une constante douleur sourde à l'épigastre et dans le flanc gauche. Cette douleur, qui siège profondément, presque dans le dos, n'est pas très violente, mais ne cède à rien. A l'inspection de l'abdomen, on perçoit aisément une grosse tumeur qui soulève la paroi et fait à son niveau un relief sensible. A la palpation, on la trouve irrégulière, dure, bosselée, faisant un placard large comme la main. La pression éveille à son niveau une douleur diffuse. A première vue, cette masse semble mobile, mais on devine bien qu'elle tient dans la profondeur. La paroi est souple, sans défense. L'estomac ne paraît pas

dilaté; au contraire, il n'y a ni péristaltisme, ni clapotage à jeun. La percussion se montre abaissée, ayant son bord inférieur à un travers de doigt de l'ombilic. L'étage sous-ombilical de l'abdomen n'offre rien de spécial. Peut-être, cependant, un peu de météorisme et un léger clapotage caecal. Les selles n'offrent aucun caractère particulier. Pas d'ictère. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Température normale.

22 février. — Lavage d'estomac. Le catéthérisme n'a ramené que quelques débris alimentaires insignifiants, sans rien d'anormal. Il n'y a, à coup sûr, pas de rétention.

Devant ces signes (douleurs dorsales constantes, signes gastriques frustrés, sans vomissements, et grosse tumeur paramédiane gauche très saillante, bosselant la paroi), instruit par des observations antérieures faites avec M. Delore, on porte le diagnostic de cancer probable du corps du pancréas, toutes réserves étant faites naturellement.

23 février 1907. — M. Leriche, chef de clinique, fait une laparotomie exploratrice sus-ombilicale. L'estomac est trouvé sain. Au-dessous de la petite courbure, se montre une grosse masse bosselée, irrégulière, à caractères franchement néoplasiques. Cette masse plonge dans l'arrière-cavité des épiploons et va s'implanter sur le pancréas, dont la tête et la queue sont indemnes.

Pas d'ascite, pas de signes de compression du pylore, ni des voies biliaires.

On referme le ventre à trois plans.

Les suites furent normales.

17 mars. — Le malade, qui se levait depuis trois à quatre jours, revient chez lui, amélioré au point de vue fonctionnel et souffrant un peu moins, néanmoins la cachexie est marquée et le diagnostic de cancer ne paraît pas douteux.

Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis cette époque.

OBSERVATION IV (inédite)

Cancer du corps du pancréas. Laparotomie exploratrice.

Homme âgé de 40 ans, entré dans le service du professeur Poncet, le 4 décembre 1906.

Il a maigri beaucoup depuis sept mois, d'environ 15 kilos, avait perdu l'appétit ; il accusait surtout de violentes douleurs épigastriques, s'irradiant dans la colonne vertébrale et ne semblant pas liées directement à l'ingestion des aliments. Il y a trois semaines, est survenu un mélœna.

Le teint est jaune paille, l'anémie très accentuée. On ne perçoit aucune tumeur dans le ventre, pas plus à l'épigastre qu'ailleurs, aucun ganglion. Pas d'ictère, ni stéarrhée, ni vomissements. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Une radioscopie a été négative. On pense à une tumeur de la petite courbure de l'estomac ou à un néoplasme du corps du pancréas.

La laparotomie exploratrice (Delore) montre un cancer à noyaux multiples du corps du pancréas, s'étendant légèrement du côté de la tête de cet organe.

La glande est fixée contre la colonne, et à sa surface font saillir quelques ganglions indurés, surtout vers le bord supérieur.

25 décembre. — Guérison opératoire avec atténuation des douleurs.

OBSERVATION V

(H. MALBOT, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 janvier 1909.)

Résumé de l'observation.

Antécédents héréditaires et personnels négatifs.

Novembre 1906. — Premières douleurs vagues et diffuses, à gauche, dans le tronc, pendant trois semaines. Trêve en décembre 1906 et janvier 1907.

4 février 1907. — Premières douleurs aiguës et lancinantes durant quatre à cinq jours.

17 mars 1907. — Premier grand ictus pseudo-tabétique.

27 mars 1907. — Première apparition d'un ganglion sus-claviculaire gauche. Curieuses oscillations dudit ganglion, qui, à diverses reprises, disparaît et réapparaît.

En mai et juin 1907, les douleurs gagnent les lombes, le côté droit, le testicule gauche; elles sont lancinantes, térébrantes, nocturnes, insupportables.

Opinion de M. Chauffard, qui voit le malade le 25 juin 1907. Chimisme stomacal par M. Carrion. Analyse du sang par M. Hallion.

Pendant un an, de juin 1907 à mai 1908, l'état objectif est encore négatif; les syndromes douloureux sont intermittents. Au printemps 1908, des douleurs « en étau » apparaissent dans le thorax.

L'état somatique du patient reste satisfaisant pendant que son psychisme tourne à la mélancolie. Evolution de cette psychose, qui revêt le type rémittent.

Fugue à Vichy; abus de l'électricité (mai 1908 et août 1908); apparition d'une tumeur épigastrique; déchéance rapide de l'organisme.

20 octobre. — Deuxième grand ictus pseudo-tabétique, qui menace d'emporter le malade.

2 novembre. — Laparatomie par le Dr Témoin, de Bourges. C'est un cancer du corps et de la queue du pancréas.

Novembre-décembre 1908. — Les premiers jours de janvier 1909, disparition de tous les symptômes douloureux après la laparatomie; mort par les progrès de la cachexie cancéreuse, sans, jusqu'au dernier jour, un seul signe d'insuffisance pancréatique.

Observation.

M. Maurice P..., 44 ans, marié, père de famille, originaire de la Sologne, employé dans une grande administration de l'Etat, habite depuis de longues années la banlieue de Romorantin. Il

ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels : ses parents sont morts de maladies aiguës dans un âge assez avancé; lui-même s'est toujours bien porté et n'a fait aucune maladie sérieuse jusqu'à la fin de 1906; nul soupçon de tuberculose, de syphilis ou d'autre maladie diathésique; il mène une vie des plus calmes, des plus régulières; il est d'une sobriété exemplaire.

Novembre 1906. — Dans les premiers jours de novembre 1906, M. P... ressent pour la première fois des douleurs vagues dans le côté gauche du thorax, surtout dans le moignon de l'épaule, jusqu'à la base du cou. Cette douleur n'avait rien d'aigu, ni de paroxystique : c'était un espèce d'endolorissement sourd et profond de tout le côté, une gêne des mouvements de l'épaule, un engourdissement plutôt « pesant » que vraiment douloureux du thorax. Tout cela ne suffisait pas pour arrêter ses occupations ordinaires; c'était en effet très supportable, la douleur ne présentait aucune exacerbation ni par le contact, ni par la pression, ni par la mise en jeu des différents muscles de la région. Nulle trace de gonflement quelconque; rien d'appréciable à la vue; pas de fièvre, appétit normal.

Le médecin ordinaire du malade lui dit que c'étaient des « douleurs rhumatismales » et lui donna tout de suite la médication usuelle en pareil cas; salicylate de soude en potion, salicylate de méthyle en embrocations. Le résultat thérapeutique fut douteux, car le malade resta encore trois semaines avec ses douleurs, celles-ci gardant toujours les mêmes caractères. Soudainement elles disparurent comme elles étaient venues, sans cause appréciable.

Le mois de décembre 1906, celui de janvier 1907 et la première moitié de février, furent excellents; le malade ne s'apercevait plus de rien; il avait même oublié « ses rhumatismes », malgré la saison froide et humide, lorsque, vers le 15 février, il ressentit, au niveau des dernières côtes gauches, des tiraillements douloureux spontanés, de fortes secousses douloureuses, comme des « décharges électriques », qui l'agacèrent au plus haut point. Cela dura quatre à cinq jours, puis tout rentra dans

l'ordre. On mit encore tous ces symptômes sur le compte des « rhumatismes ».

17 mars 1907. — Je transcris à peu près textuellement les paroles de M^{me} M. P... « C'était le dimanche de la Passion; nous revenions de la messe vers 9 heures du matin. Nous avons trouvé mon mari assis sur un fauteuil, dans le salon, pâle comme un mort, défiguré comme par une atroce souffrance, les traits contractés, la respiration courte, difficile et entrecoupée de gémissements et de plaintes; il se tenait le côté gauche de la poitrine et le comprimait de toutes ses forces avec ses deux mains. Comme nous lui demandions ce qu'il avait et ce qui lui était arrivé, il nous répondit qu'après notre départ de la maison, vers 8 heures du matin, il était descendu à la cave chercher du bois, et qu'en remontant, chargé d'une bonne brassée de bois qu'il venait de scier, il avait été pris subitement d'une atroce douleur dans la poitrine qui lui avait coupé la respiration. Il lui sembla que quelque chose s'était rompu dans sa poitrine; alors il avait lâché le bois et était tombé, plutôt qu'il ne s'était assis, sur les marches de l'escalier. Cet état persista pendant un bon quart d'heure, tellement douloureux, qu'il ne pouvait se remuer pour remonter l'escalier. Enfin, il put gagner le salon, où il s'assit dans un fauteuil en nous attendant. Je vous ai dit dans quel état nous l'avons trouvé à notre rentrée à la maison. »

On manda le médecin de la famille, qui dit que tout cela était dû à « la rupture d'alvéoles pulmonaires dans le côté gauche sous l'influence des efforts faits par le malade dans sa cave ». Il prescrivit des frictions et une potion avec un régime quelconque.

Toute la journée du dimanche, les douleurs de côté persistèrent, surtout à la base de la poitrine; la nuit fut mauvaise. Mais le lendemain, les symptômes douloureux s'amendèrent et disparurent peu à peu. Le malade, complètement remis de sa secousse, put reprendre ses occupations dès le mardi 19 mars.

27 mars. — Comme le médecin venait tous les deux ou trois jours pour suivre « les conséquences de la rupture des alvéoles pulmonaires », « le jour du mercredi saint », le malade attira son attention sur une « petite grosseur », du volume d'une

noisette qu'il venait de remarquer au-dessus de la clavicule gauche, « grosseur » qui était douloureuse à la pression, et qui même, au dire du malade, était le siège de petits élancements spontanés.

On diagnostiqua « une adénite avec menaces d'abcès », abcès qu'on se proposait d'ouvrir au moment opportun, si cela devenait nécessaire. Une pommade jaune fut prescrite et un régime diététique sévère institué, mais le caractère du malade changeait déjà de jour en jour, et c'est ce malencontreux régime qui le brouilla avec son médecin ordinaire, celui-ci ayant prohibé avec intransigeance tous les légumes, surtout le chou, celui-là prétendant ne se nourrir que de choses défendues et avoir une horreur invincible pour les viandes de toutes sortes.

31 mars. — C'est dans ces circonstances que je recueillis la succession de mon confrère et que je fus appelé pour la première fois auprès de M. P..., le jour de Pâques, 31 mars 1907. Depuis ce jour, je l'ai soigné jusqu'à sa dernière heure; il me fit peu d'infidélités : une première fugue à Vichy, dans l'été 1908, et une seconde à Paris, l'automne suivant, pour tâter de l'électricité et des électriciens.

31 mars. — J'examine le malade avec la plus scrupuleuse attention : je ne trouve rien dans les plèvres, rien dans les poumons, rien au cœur, rien dans l'abdomen; aucun organe ne me paraît touché.

Le ganglion sus-claviculaire gauche attire seul mon attention. Et c'est seulement pour « cette grosseur » qu'on m'a appelé, le malade étant complètement débarrassé de ses phénomènes douloureux depuis une dizaine de jours.

C'est un ganglion, gros comme une grosse noisette, lisse, tendu, mobile, donnant une sensation de rénitence ou de fausse fluctuation, légèrement douloureux à la pression, gênant le port du faux-col de la chemise; la peau a sa couleur normale; l'adénopathie ne s'est certainement propagée ni à la peau ni au tissu cellulaire ambiant.

Ce ganglion a du reste évolué pendant tout le cours de la maladie d'une façon des plus bizarres : je l'ai vu parfois comme

un abricot, empêchant le malade de boutonner son faux-col; j'ai même proposé, un jour, de l'enlever, tant il était gênant; j'ai vu ce même ganglion atteignant tout juste le volume d'un pois, se cachant derrière la clavicule, où il fallait savoir à l'avance qu'il se trouvait pour aller le dénicher. M. Chauffart l'a vu gros comme une noisette, en juin 1907; le confrère de Vichy qui vit le malade en juin 1908, ne s'aperçut pas de la présence de ce ganglion; M. Témoin, en novembre de la même année, le vit de la grosseur d'une noix et ne put s'empêcher de s'écrier : « Ce ganglion est bien bizarre! » Il avait alors, et a toujours eu, du reste, les mêmes caractères que j'ai décrits tout à l'heure. Quand le malade mourut, deux mois après l'intervention exploratrice de M. Témoin, le ganglion avait complètement disparu. En somme, je l'ai vu disparaître et réapparaître alternativement cinq ou six fois dans le cours de la maladie, et, quoiqu'on ait donné de l'iode, du cacodylate, de l'arrhénal et de l'atoxyl, je ne puis, en toute sincérité, attribuer à une cause quelconque soupçonnée de moi ces curieuses oscillations.

J'assurai au malade qu'il n'aurait pas d'abcès; mais je dis à la famille que ce qu'il avait ne valait certainement pas mieux, bien que je fusse dans l'impossibilité momentanée de me prononcer d'une façon ferme. Jamais, en effet, depuis cette première visite, il n'est entré dans mon esprit que je pusse avoir affaire à autre chose qu'à un cancer. Dans ma pensée, l'organe atteint n'avait pas encore protesté ni poussé son cri de douleur, comme les filets du pneumo-gastrique et des splanchniques sur lesquels marchaient les ganglions déjà infectés du médiastin postérieur et de l'arrière-cavité des épiploons.

10 mai-2 juin. — L'accalmie qui suivit l'ictus pseudo-tabétique dura jusqu'au 10 mai. Ce jour-là, le malade ressentit des douleurs lancinantes très aiguës à la base de la poitrine à droite; c'était le même genre de douleurs qu'il avait ressenties du côté gauche en février. Puis, au bout de cinq à six jours, ce fut dans les reins que ces douleurs se propagèrent, et cette fois des deux côtés; ces douleurs avaient cela de particulier que les mouvements, la marche surtout, les atténuaient, les faisaient même

disparaître. Le malade passait ses nuits à se promener dans sa chambre, le séjour au lit étant devenu insupportable. Des fois, il sentait de véritables douleurs en ceinture, « un cercle douloureux », au niveau de la partie supérieure du bassin. Enfin, dans les derniers jours de mai, le testicule gauche devint tellement douloureux, que j'eus beaucoup de peine à persuader au malade qu'il n'avait aucune lésion de cet organe, que c'étaient encore des névralgies, comme il en avait eu en bien d'autres endroits depuis six mois, que toutes étaient dues à la même cause, que tout cela était « taches de la même encre ».

Le mois de juin fut franchement mauvais, les nuits surtout. L'état général se maintenait pourtant aussi satisfaisant que possible.

L'examen méthodique et approfondi de la poitrine et de l'abdomen, que je pratiquai plusieurs fois, resta toujours négatif. Je ne trouvai nul signe d'adénopathie trachéo-bronchique, et je pensai que j'avais affaire à un néoplasme de l'arrière-cavité des épiploons, situé au voisinage immédiat du canal thoracique, qui avait été infecté d'emblée. La précoce apparition du ganglion sus-claviculaire me semblait un argument décisif en faveur de cette localisation.

Le 4 juin, j'avais appelé en consultation un confrère de la ville, qui localisa la tumeur vers la paroi postérieure de l'estomac. Le dégoût de la viande, toujours persistant, quoique l'appétit fût conservé, semblait donner quelque fondement à cette opinion ; je finis par la partager, mais sans enthousiasme. C'est, du reste, avec ce diagnostic, accompagné de toutes sortes de réserves, que j'adressai, le 25 juin, le malade à Paris, à M. Chauffard, en le priant de me donner son avis sur ce cas si embarrassant.

26 juin. — M. Chauffard me répondit à la date du 26 juin : « Votre malade est bien énigmatique, car, *n'était son ganglion*, on penserait plutôt à une crise viscérale anormale (néphrétique ou pancréatique) qu'à un épithélioma. Pour préciser un peu les choses, je lui fais faire demain un chimisme gastrique.

« L'existence du ganglion est évidemment un gros argument

en faveur du néoplasme. Où siège celui-ci? Peut-être à l'estomac, comme vous le supposez (et c'est là où le chimisme va intervenir); peut-être au *corps du pancréas*, car rien ne donne des syndromes douloureux plus aigus et plus bizarres que les noyaux primitifs du pancréas. Examinez les fèces au point de vue d'une stéarée possible.

« Pesées méthodiques.

« L'absence de troubles gastriques persistants n'est pas en faveur d'une localisation stomacale.

« Aucun signe de tabes ou d'addisonisme. »

Voici le chimisme stomacal fait par M. Carrion.

Analyse du liquide stomacal, n° 13273.

Liquide extrait soixante minutes après le repas d'épreuve : pain rassis, 60 grammes; infusion légère de thé, 260 centimètres cubes.

Caractères du liquide : abondant, 90 centimètres cubes; mal émulsionné, fluide.

Les éléments sont dosés en HCl pour 100 centimètres cubes de liquide.

		Chiffres normaux.	Chiffres trouvés.
Acidité totale	A	0,189	0,184
Acide chlorhydrique libre	H	0,044	0,014
Chlore combiné organique	C	0,168	0,238
Chlorhydrate	H + C	0,212	0,252
Chlore total	T	0,321	0,181
Chlore minéral	F	0,109	0,229
Rapport $\frac{A - H}{C}$	α	0, 86	0, 71
Rapport $\frac{T}{F}$		3	2, 10

Peptones très abondantes, syntonine; acide gras, 0.

I. — EXAMEN DU SANG PAR M. HALLION

Richesse en hémoglobine. — La richesse en hémoglobine a été évaluée par la méthode de M. Hayem.

La richesse constatée est représentée par le nombre 2.775.000 (la richesse normale étant de 4 à 5 millions).

Nombre des globules rouges. — Ce nombre a été évalué par la méthode de M. Hayem.

Par millimètre cube, le sang examiné contient un nombre de globules rouges égal à 4.966.000 (le nombre normal étant de 4 à 5 millions).

Valeur globulaire. — La valeur globulaire constatée est égale à 0,55 (la valeur normale étant égale à l'unité).

Degré de l'anémie. — Deuxième degré, apprécie d'après la richesse en hémoglobine.

Nombre des leucocytes. — 5,600 par millimètre cube (le nombre normal est de 6.000 environ).

II. — EXAMEN CYTOLOGIQUE DU SANG PAR M. HALLION.

Préparations colorées par :

1° L'hématéine-éosine ;

2° Le triacide d'Ehrlich ;

3° Le bleu de Unna.

M. Hallion n'a pas constaté de formes globulaires anormales, ni pour les globules rouges, ni pour les leucocytes.

La formule leucocytaire, d'après examen de 400 leucocytes.

Formule leucocytaire.

	Chiffres trouvés.	Moyennes normales.
Polynucléaires	64	66
Lymphocytes	27,7	25 à 28
Grands mononucléaires.	4,8	5 à 8
Eosinophiles	3,5	1 à 2
	100	100

Les proportions constatées sont dans les limites des oscillations normales.

Conclusion : il n'y a aucun indice de leucémie.

M. Chauffard m'écrivait à nouveau à la date du 28 juin :

« Le complément d'analyses ci-joint n'est pas décisif; pas de leucémie, mais il est très anémique.

« Pas d'anachlorhydrie; hypochlorhydrie nette.

« Donc, *rien de certain* à conclure.

« Pas de stéarrhée constatée, mais la chose est à revoir.

« Dans ces conditions, je serais d'avis d'instituer un traitement régulier par les injections sous-cutanées de cacodylate de soude; de surveiller de très près le ganglion, l'état gastrique et pancréatique: de faire des pesées régulières, de chercher toujours l'apparition possible d'une tumeur abdominale. »

Juin 1907-mai 1908. — C'est à ce programme que je me suis très scrupuleusement conformé pendant tout le temps que j'ai soigné le malade et que celui-ci a bien voulu m'écouter, c'est-à-dire pendant l'année qui s'est écoulée de juin 1907 à mai 1908.

Pendant ce laps de temps, M. P... a eu des hauts et des bas, de très bons et de très mauvais moments; mais, d'une manière générale, les périodes d'accalmie l'ont emporté sur les périodes d'orage. Ainsi, les mois de septembre, octobre, novembre, décembre 1907 furent excellents; mars et avril 1908 mauvais. Les douleurs s'étaient généralisées à tout le tronc, aussi bien à droite qu'à gauche, dans tout le ventre, dans les reins, dans le testicule gauche; jamais dans le testicule droit; jamais non plus le malade n'en ressentit dans les membres, ni dans la tête. Elles eurent toujours les caractères que j'ai décrits plus haut; aussi n'y reviendrai-je pas. Il n'eut pas non plus de grand ictus dans le genre de celui du 17 mars 1907; mais le malade, dans les mauvais jours de mars 1908, commença à accuser une modalité particulière de la douleur du thorax: il lui semblait « que sa poitrine était serrée dans les mâchoires d'un étau », « et qu'il allait étouffer ». Je l'ai vu plusieurs fois dans ces moments-là: sa respiration était des plus normales, 14 et 22 rythmes par minute sont les chiffres extrêmes que j'aie constatés; le cœur non plus ne semblait pas être en cause: le pouls était régulier, bien frappé, variant de 60 à 80 suivant les jours.

Comme je voyais le malade tous les quinze jours au moins, et que j'étais fort intrigué par ce cas « énigmatique », j'ai fait à mainte et mainte reprise l'inventaire consciencieux des organes thoraciques et des organes abdominaux ; toujours mon examen a été négatif, absolument négatif.

J'ai examiné bien des fois les selles de mon malade ; je les ai vues tantôt dures et moulées, tantôt en mortier, tantôt diarrhéiques. Dans le premier cas, je n'ai jamais constaté que les matières durcies fussent enduites de quelque chose qui ressemblât à de la graisse ; dans le second, je n'ai pas vu de ces petites masses plus ou moins sphériques, plus ou moins volumineuses, blanchâtres, onctueuses, facilement reconnaissables, qu'on trouve dans les selles molles stéarrhéiques ; enfin, dans le troisième, je n'ai pas aperçu des îlots, des taches, des bulles de graisse nageant à la surface du liquide diarrhéique, comme les « yeux » dans le bouillon. Il y a donc tout lieu de croire que le malade n'a jamais eu de stéarrhée, bien que, dans mes examens, je n'aie pas fait intervenir l'éther ou tout autre procédé chimique.

Les urines ont été analysées plus de vingt fois, et quelques jours encore avant la mort : jamais on n'a trouvé trace de lipurie, de glycosurie ou d'albuminurie.

L'état gastrique a presque toujours été satisfaisant de juin 1907 à mai 1908 ; le dégoût de la viande avait disparu dès son retour de Paris ; l'appétit était normal, la digestion aussi ; jamais de vomissement quelconque.

Pendant le même laps de temps, le malade garda toutes les apparences de la santé : son teint était assez coloré, comme à l'habitude ; ses muqueuses bien rouges. Son poids varia de 75 à 78 kilos ; il n'avait jamais de sa vie atteint ce dernier chiffre.

J'ai déjà parlé des oscillations du ganglion sus-claviculaire, sans que je puisse dire à quoi les attribuer. Elles m'ont toujours paru indépendantes du traitement que suivait le malade. Ce traitement, depuis son retour de Paris, a consisté en injections sous-cutanées de cacodylate de soude qu'on faisait par séries pendant une semaine, à la dose quotidienne de 0 gr. 05, suivies d'une semaine de repos. Ce n'est que bien plus tard, à la fin de

1908, que je donnais de l'arrhénal et de l'atoxyl ; c'est le médecin de Vichy qui prescrivit de l'iodure. Les douleurs étaient combattues par l'aspirine, le pyramidon, la phénacétine, la quinine. Je ne donnai de la morphine qu'après la laparotomie.

Parallèlement aux syndromes douloureux que j'ai exposés plus haut, l'état psychique du malade subissait une évolution des plus curieuses que je vais rapidement analyser, pour essayer d'être complet.

En novembre 1906, dès les premières « douleurs rhumatismales », l'attention du malade fut éveillée sur ce qui pouvait bien se passer en lui ; il s'analysa avec minutie et ne parlait que de son mal. Il essayait aussi d'en pénétrer la cause : « Et pourtant je n'ai rien fait dans ma vie qui pût me rendre malade ! » répétait-il à chaque instant. Puis, ce furent des préoccupations relatives à son emploi, à sa position, à son avenir, à sa famille, que jusque-là rien ne justifiait.

Le malade avait par moments des accès d'irritation, d'intolérance, de colère furieuse. Il appréciait tout en mal, avec la note outrancière et pessimiste. J'ai déjà dit comment il s'était brouillé avec son médecin habituel pour une question de régime. « On voulait lui faire manger de la viande, et la viande se pourrissait dans son estomac, d'où elle infectait tout son corps. Bien certainement il allait être bien vite empoisonné. » Ce sont bien là les troubles cénesthésiques qu'on trouve à la base de tous les états mélancoliques.

L'affectivité fut bien vite atteinte, et profondément. Lui qui, auparavant, était plein de prévenances et d'affection pour les siens, était devenu tout de suite indifférent ; puis cette indifférence était devenue de l'aversion et de la haine. Dans les moments de calme, il était triste, mou, apathique, parlant peu, répondant par monosyllabes, recherchant la solitude et fuyant ses anciens amis.

Bien des fois il désira mourir, mais ne fit aucune tentative de suicide.

Après le grand ictus du 20 octobre 1908, dont je parlerai plus tard, et qui faillit l'emporter, le malade eut une véritable crise de

stupeur. Il restait des heures entières inerte sur son lit, refusant de bouger, gardant les positions qu'on donnait à ses membres, en véritable état catatonique ; il refusait de répondre à qui que ce soit, refusant remèdes et aliments ; sa figure, douloureusement contractée, rappelait l' « Oméga de Schule ». De temps à autre, il vivait ses rêves terrifiants : « Là, dans le trou... avec de la terre par-dessus !... Mon Dieu ! mon Dieu !... » Et il se raidissait, comme pour échapper à l'étreinte de bras qui voulaient l'emporter. En même temps sa langue, son voile du palais, ce qu'on apercevait du pharynx étaient couverts de muguet. Sa bouche et son haleine exhalaient une odeur infecte.

Cela dura huit jours. Après la laparotomie (2 novembre), en même temps que les douleurs disparaissaient, l'état psychique s'améliorait. Le mois de décembre fut excellent à ce point de vue, et le malade s'éteignit au début de janvier 1909 avec toute sa lucidité et en stoïcien.

Le malade n'ayant aucun antécédent héréditaire ou personnel de nature vésanique ou même nerveuse, il s'agit fort probablement d'une psychose toxi-infectieuse, et, comme les psychoses de ce genre, la mélancolie de mon malade fut coupée de nombreuses rémissions.

Pendant ces rémissions, l'équilibre psychique était loin d'être recouvré ; le malade était plutôt excité ; il faisait avec volubilité des théories sur sa maladie, dont il accusait un peu tout le monde, surtout ceux qui le soignaient. Un beau jour de mai 1908, fatigué de mes drogues et de mes discours, voulant se soigner à sa guise, il partit pour Vichy, malgré mes remontrances et malgré mon opinion des plus explicites que son cas ne ressortissait pas aux eaux de Vichy.

Là, guidé par un médecin consultant de la station, et non des moindres, il but des verres d'eau à « l'Hôpital » et à « la Grande-Grille » ; il fit aussi de l'hydrothérapie, tout cela avec bonne humeur et entrain, car, à Vichy, tout alla pour le mieux. Voici, du reste, le mot que me fit parvenir mon très aimable confrère de Vichy, à la date du 6 juin :

« J'ai le plaisir de vous renvoyer votre malade, M. M. P...,

déjà remonté (!) par vous, dans un état de transformation complète. Il dort, mange, digère, possède ses forces physiques et morales comme au meilleur temps de sa pleine santé. Espérons que cela se maintiendra. Je l'ai épluché dans tous les coins, et je ne trouve qu'un estomac très atonique, avec clapotement très bas... »

« — Tout oscille chez notre malade, répondis-je à mon confrère, son ganglion, ses douleurs, son état somatique, son état psychique. A Vichy, c'était la hausse... »

Je ne revis pas le malade à son retour de Vichy, mais sa famille me dit qu'il était en excellente santé, qu'il pesait 75 kilogrammes, que rien n'y paraissait plus de ses anciennes misères ; que, du reste, il continuait à se soigner suivant les indications qu'on lui avait données là-bas. Je suis persuadé qu'il se soignait plutôt d'après ses propres idées.

Il prit vingt-huit douches de suite dans un établissement de Romorantin, jusqu'à deux par jour. Mais il fut obligé d'interrompre « son traitement », car les douleurs étaient revenues, aussi fortes qu'aux mauvais jours de mars et d'avril derniers.

Le 14 août, sans que rien ne pût l'en dissuader, il partit pour Paris, « pour se faire soigner à l'électricité ». Il vit des électrothérapeutes ou soi-disant tels, qui lui promirent de le guérir ; il rapporta de son voyage une boîte et des électrodes qu'il s'appliqua plusieurs fois par jour je ne sais où, car jamais je ne fus convoqué à ces pratiques d'électricité.

Mais rien n'y fit. Il allait de mal en pis. On me rappela fin septembre. Mon pauvre malade avait bien changé depuis trois mois que je ne l'avais pas vu. Il était littéralement fondu ; sa figure était tirée, fatiguée, terreuse, les yeux éteints ; il marchait tout courbé, était déprimé, découragé, et il souffrait comme par le passé. La déchéance était complète et profonde.

Je l'examinai et n'eus pas de peine à trouver dans la région épigastrique, mais empiétant beaucoup plus à gauche qu'à droite, une tumeur qui me parut de la grosseur du poing. Elle était absolument indolore tant à la pression que spontanément, paraissait

immobile comme fixée à la colonne vertébrale ; dans tous les cas, elle ne suivait pas les mouvements du diaphragme dans les fortes amplitudes du rythme respiratoire ; elle paraissait sous-gastrique plutôt que gastrique.

L'examen des autres organes thoraciques ou abdominaux fut négatif, comme toujours ; toujours pas d'ictère.

Je prescrivis de l'atoxyl à la dose quotidienne de 6 centigrammes et du protoxalate de fer à celle de 25 centigrammes. Je repris en même temps mon ancien programme d'observation et d'attente.

Ne trouvant aucun signe d'insuffisance pancréatique, je rejetai toujours le diagnostic de cancer du pancréas, auquel j'avais toujours pensé, mais que j'avais constamment écarté. Plus que jamais, j'étais persuadé que c'était un cancer, mais je ne savais où le localiser.

20 octobre 1908. — Au bout d'un mois, le malade n'allait ni mieux, ni pire, et mangeait, circulait en ville, allait à son bureau comme d'habitude, quand, tout d'un coup, le 20 octobre, vers 8 heures du soir, en montant au lit, il fut pris d'une douleur atroce dans la région du cœur, douleur qui lui arracha des cris ; plus de pouls, plus de respiration, sa pâleur était celle d'un cadavre ; il avait toute sa connaissance et faisait signe qu'il étouffait et qu'il souffrait horriblement de l'épaule gauche. Je le vis quelques instants après ; il était dans l'état le plus inquiétant ; je ne sentis qu'une sorte de frémissement de la radiale ; les bruits du cœur étaient à peine perceptibles, la respiration à peu près nulle ; sa figure exprimait l'angoisse la plus grande. Je lui fis respirer du nitrite d'amyle ; j'injectai largement de l'huile éthéro-camphrée, de la caféine. Le pouls et la respiration ne tardèrent pas à revenir ; mais la pâleur et la douleur précordiale étaient toujours aussi grandes. Après les injections stimulantes, ne craignant plus autant l'action inhibitrice de la morphine, je lui en fis une piqûre d'un demi-centigramme ; c'était la première fois que j'usai du médicament. Quand je quittai le malade, une bonne heure après, il était un peu mieux, mais son pouls était toujours misérable et ne pouvait se compter ; la respiration était diffi-

cile et superficielle; je n'entendis rien d'anormal à l'auscultation du poulmon.

Quelques jours auparavant, j'avais demandé à M. Chauffard un nouveau rendez-vous pour mon malade, afin qu'il pût apprécier ce qu'il y avait de nouveau depuis son premier examen et m'aider de ses conseils. Je fus obligé d'écrire ce qui s'était passé, et, ne trouvant pas de terme qui exprimât mieux ce que j'avais vu, je lui dis que mon malade avait eu un « formidable ictus cardio-pulmonaire, ictus dans le genre de ceux qu'on voit parfois dans les mauvais tabes supérieurs ».

Le malade resta ainsi pendant huit jours dans l'état le plus lamentable; il me fallut tous les jours recourir à l'éther, à l'huile camphrée, à la caféine, à la morphine; celle-ci parut bien calmer les douleurs atroces du début de l'accès, mais le pouls était toujours aussi mauvais, irrégulièrement arythmique, ne descendant jamais au-dessous de 160; la respiration aussi était des plus irrégulières et des plus pénibles encore parfois; dans certains moments, c'était du Cheyne-Stokes bien caractérisé. De plus, il était en pleine stupeur mélancolique; j'en ai parlé plus haut.

Je désespérais de tirer mon malade de ce mauvais pas, quand, à ma visite du 29 au matin, je le trouvai à peu près dans son état normal; tout était rentré dans l'ordre, brusquement, comme à son premier ictus: pouls régulier, bien frappé, à 72; respiration profonde, facile; le muguet lui-même avait rapidement cédé à des collutoires boratés et à des lavages d'eau oxygénée.

Cependant, j'avais pris connaissance de la communication de M. Chauffard à l'Académie de médecine. Cette lecture leva toutes mes hésitations. Le malade, du reste, était devenu opérable. Je racontai le cas à M. Témoin; il s'empessa de venir se mettre à ma disposition pour faire le nécessaire.

2 novembre. — Laparotomie. M. Témoin arriva à Romorantin dans la matinée du 2 novembre. L'examen méthodique qu'il pratiqua lui fit tout de suite mettre l'estomac hors de cause; pour lui, c'était au-dessous de l'estomac que siégeait la tumeur. On décida de faire immédiatement une laparotomie exploratrice, se

réserveant d'intervenir plus largement suivant ce qu'on trouverait.

Le chloroforme fut donné facilement et sans incident. Le ventre ouvert par une incision médiane sus-ombilicale, on reconnut vite l'intégrité absolue de l'estomac, du foie, de la vésicule, du péritoine. L'exploration digitale de la tumeur fit constater une dégénérescence cancéreuse du corps du pancréas; la tumeur était dure, ligneuse, mamelonnée, formant un chou-fleur du volume d'un très gros poing. Cette tumeur, probablement un épithélioma, avait envahi toute la queue et le corps du pancréas, laissant intacte la tête de l'organe et la plus grande partie de son bord inférieur. Voulez-vous avoir une assez bonne idée de cette localisation, que, après le Dr Témoign, j'ai pu moi-même constater? Regardez la figure reproduite dans le mémoire de M. Chausard, figure où le pancréas est coupé en deux : tout le segment céphalique a paru absolument sain, tout le segment caudal cancéreux, à l'exception d'un triangle allongé, situé contre la tête et laissant à peu près intacte la plus grande moitié du bord inférieur de ce segment caudal. La tumeur se prolongeait jusqu'à la colonne vertébrale; elle était à peu près immobile.

Bien évidemment, il n'y avait plus qu'à refermer le ventre après une pareille constatation.

Novembre-décembre. — Suites de la laparotomie. Les suites de l'opération furent des plus simples : une dizaine de jours après, tout était complètement cicatrisé. Mais la partie était perdue sans retour; le malade survécut deux mois à la laparotomie, succombant aux progrès de la cachexie cancéreuse.

L'opération ne fut point inutile pourtant. Pendant quelques jours, jusque vers le 15 novembre, il souffrit encore en ployant son corps pour se baisser, pour se mettre au lit : c'était plutôt une « pesanteur », une « raideur gênante », qu'une douleur véritable. Il n'eut jamais plus, jusqu'à son dernier jour, de crise douloureuse quelconque, grande ou petite, ni la moindre douleur gravative, pongitive, lancinante ou autre. Il mangeait avec assez d'appétit et assez de régularité; il pouvait se lever une grande partie de la journée. Il dormait d'une façon assez irrégulière,

sans que la morphine, que je lui donnais régulièrement en injections, lui apportât l'euphorie habituelle. Je la lui supprimai même pendant quelques semaines.

L'état mental s'était aussi rasséréiné, et toute trace d'état mélancolique avait peu à peu disparu. Tout le mois de décembre fut excellent à ce point de vue, j'entends aussi bon qu'il puisse être dans une situation sans espoir.

Les forces du malade continuaient à décroître; il était d'une maigreur squelettique, au point que sa tumeur se dessinait sous sa peau. Bientôt il ne put quitter son lit qu'avec bien de la peine. Au commencement de janvier 1909, sentant sa fin prochaine, il fit à sa famille ses dernières recommandations avec un calme, une résignation digne d'un stoïcien; il regardait la mort en face.

Le 5 au soir, il fut pris de suffocations subites; il ne pouvait respirer qu'assis sur son lit. Je le vis encore ce soir-là; il me parut au seuil de l'agonie: pouls à peine perceptible, orthopnée, respiration sifflante et superficielle, quelques quintes de toux fort pénibles ramenant quelques petits crachats spumeux et rosés; à l'auscultation, de nombreux râles crépitants dans le poumon gauche, silence à la base du même côté; presque rien à droite. Je pensai à de l'œdème aigu du poumon par cardioplégie.

Comme j'allais lutter jusqu'au bout, on me pria de le laisser mourir tranquille.

Le lendemain, il y eut quelques heures d'accalmie; la nuit suivante, le malade s'éteignit brusquement, en faisant un mouvement pour se redresser sur son lit.

Jusqu'à son dernier jour, il n'avait présenté de stéarrhée, de glycosurie et pas le moindre ictère.

OBSERVATION V (résumée).

(BÉRIEL, *Province médicale*, 6 septembre 1902.)

G. L. . . , tisseur, 62 ans 1/2. Entré dans le service de Devic, le 22 août 1901. Mort le 30.

Résumé clinique.— Ascite volumineuse. Cachexie. Cirrhose (?) Cancer (?).

Le malade entre à l'hôpital à cause de son gros ventre et de sa faiblesse.

Alcoolisme évident (vin, absinthe), mais surtout ancien.

L'affection actuelle remonterait à huit mois environ. A partir de ce moment, le malade commença à s'essouffler et à se fatiguer vite, à perdre ses forces. Malgré cela, son appétit persistait. Il avait une constipation assez forte. Pas de toux.

Il cessa son travail, puis le reprit à nouveau. Mais, cependant, *il allait toujours en s'affaiblissant*. Enfin, depuis trois mois, *l'amaigrissement* est devenu considérable et il a vu son ventre enfler. Il aurait eu, à deux ou trois reprises, du *sang dans les selles*. Ces jours derniers, les matières étaient, dit-il, très étroites, mais fermes : grosseur du petit doigt.

Actuellement. — Homme très cachectique, maigreur intense, refroidissement des extrémités.

Pas de muguet. Mange encore un peu et digère bien. Il n'a, d'ailleurs, jamais présenté de troubles digestifs.

Le ventre est volumineux, peu aplati, sans circulation complémentaire, non plus que sur le thorax et sur les cuisses. Ascite abondante très évidente. La palpation des organes abdominaux est rendue impossible par le liquide. *Pas d'ictère* : n'en a jamais présenté.

Pas d'œdème des jambes, ni du tronc.

Voissure des côtes au niveau du foie, surtout visible en arrière. La matité hépatique semble remonter au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Pas de douleurs à la pression de cette région. Mais, quelquefois, sensibilité particulière spontanée à ce niveau. Rien au toucher rectal.

Petits ganglions dans les aines. Rien sous la clavicule.

Au cœur : choc un peu faible, bruits réguliers, sans souffles. Aux poumons : respiration normale, s'entendant bien partout. Pas d'albuminurie dans les urines. Température : 37°2.

26 août. — L'état général continue à s'abaisser.

On note quelques bruits crépitants très limités, rythmés par les

bruits du cœur entre le mamelon gauche et l'appendice. Au cœur, galop net. Sang moyennement décoloré.

Mort le 30 août. Autopsie. — Ascite très considérable avec quelques brides et quelques exsudats péritonéaux.

Tumeur néoplasique au niveau du corps et de la queue du pancréas. Sur la face antérieure, péritonéale de l'organe fait saillie une masse indurée de la grosseur d'une grosse noix ; le péritoine en avant d'elle est épaissi et comme froncé. Elle adhère à gauche au rein gauche et à la capsule surrénale, mais sans les envahir.

Une coupe longitudinale du pancréas montre que *la tête est absolument saine* ; elle présente l'aspect lobulé normal ; de même la portion droite du corps. Puis, progressivement, à mesure qu'on avance vers la gauche, on voit le tissu lobulé faire place à un noyau dur, blanchâtre, lardacé, avec quelques points nécrosés.

Au foie, généralisation très exubérante formée de gros noyaux à contours polycycliques, à centre caseifié. Poids : 2,350 grammes.

Ganglions nombreux sus-pancréatiques.

Les canaux biliaires et pancréatiques ont été ouverts ; ils ne présentaient rien d'anormal.

Rien au *tube digestif* ni à *l'estomac*.

Rien aux autres organes.

Rate : poids 250 grammes.

OBSERVATION VI

(BARJON, *in* thèse GIMBERT, Lyon, 1902.)

B... Etienne, 64 ans, vigneron. Entré le 20 juin 1901, salle Saint-Augustin (Hôtel-Dieu).

Père et mère morts de vieillesse. Six frères ou sœurs. Deux seulement sont encore vivants ; deux autres sont morts, l'une à 60 ans, probablement de tuberculose pulmonaire, l'autre à

un âge avancé, d'affection cardiaque. Enfin deux sont morts en venant au monde : le troisième et le dernier.

Excellente santé dans l'enfance. Cet homme fut toujours sujet à s'enrhumer l'hiver ; ses rhumes duraient de deux à trois semaines au maximum. Jamais d'autre affection des voies respiratoires.

Il n'a pas fait de service militaire et a passé toute son existence en Beaujolais, occupé à cultiver la vigne.

Alcoolisme d'état. 1 lit. 1/2 de vin chaque jour en hiver ; 3 ou 4 en été ; de temps en temps un peu d'eau-de-vie de marc (pas tous les jours), jamais d'absinthe.

Nie toute maladie vénérienne.

Pas d'impaludisme.

Marié à 28 ans, cet homme eut cinq enfants. Deux sont morts : l'ainé à 6 semaines avec du muguet, le troisième à 13 mois de la variole en 1871 ; les trois autres sont bien portants. Sa femme n'a jamais de fausses couches.

Cet homme a toujours joui d'une excellente santé jusqu'il y a six mois et n'a jamais eu aucune maladie aiguë.

Il a toujours eu, dit-il, le côté gauche plus faible et plus sensible que l'autre, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu à vingt et un ans, dans l'hypocondre gauche et d'une chute qu'il fit sur le même côté une vingtaine d'années après.

Il a surtout ressenti des points dans ce côté gauche et, s'il lui arrivait de s'endormir sur ce côté, il était bientôt réveillé par une douleur assez vive. Jamais de douleurs en ceinture.

Depuis un an ou deux, il eut de fréquents lumbagos, pour lesquels il se mit à porter une ceinture de flanelle.

Enfin, il y a six mois, il commença à ressentir une douleur fixe dans l'hypocondre gauche qui alla peu à peu en augmentant d'intensité et, bientôt, le priva à peu près complètement de sommeil. En même temps, son appétit diminuait ; il a maigri de 5 à 6 kilogrammes.

A son entrée, le malade attire tout de suite l'attention du côté de son hypocondre gauche. Il se tient dans son lit, couché sur le côté droit, ayant la position dite en chien de fusil. Toute autre

position : décubitus latéral gauche ou dorsal devient au bout d'un moment intolérable.

A la palpation de l'hypocondre gauche, on sent une tumeur rénitente profondément située ayant environ le volume du poing, douloureuse à la pression. Cette tumeur est animée de battements avec expansion. L'auscultation y relève : 1° un souffle synchrone avec la diastole artérielle; 2° immédiatement après, un bruit synchrone avec la systole artérielle, mais qui n'a pas le timbre soufflant. Synchronisme absolu avec les pouls fémoraux.

Il n'y a pas de retard entre le pouls radial et le pouls fémoral du même côté. Les artères sont animées de battements assez violents, rappelant la symptomatologie artérielle de la maladie de Corrigan, mais sans aucun signe d'auscultation au foyer aortique.

La percussion de l'abdomen dans l'hypocondre révèle partout de la sonorité.

Le seul trouble objectif dont se plaint le malade est constitué par les douleurs qu'il ressent dans l'hypocondre et qui l'empêchent de dormir. Pas d'autres irradiations douloureuses ni douleurs en ceinture, ni crampes dans les jambes.

Jamais d'œdème des membres inférieurs, jamais de dyspnée.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Urée 27 grammes par litre.

L'appétit est très diminué; il reviendrait un peu cependant, depuis quelques jours. Légère constipation depuis un mois que le malade est au régime lacté. Jamais de vomissements.

Le malade ne tousse pas : aux poumons, respiration emphysémateuse.

Aucun trouble urinaire.

Foie plutôt petit : circulation complémentaire.

Rate normale.

Rien au cœur.

Pas d'ictère, pas de teinte jaune paille.

Température à l'entrée 37°8.

10 septembre. — Le point douloureux a toujours été très fixe. Il correspond exactement au foyer des battements, c'est-à-dire

au niveau de la portion sus-ombilicale de l'abdomen, un peu à gauche de la ligne médiane. La pression de ce point augmente très nettement les douleurs ; les irradiations se produisent surtout dans la fosse iliaque du même côté, mais à peu de distance.

Ces douleurs intenses et toujours bien localisées au même point, ont persisté pendant trois mois environ, 'intolérables, empêchant tout sommeil, arrachant des cris au malade, qui est cependant très courageux. Elles n'étaient calmées que par des piqûres d'héroïne qu'on lui faisait régulièrement chaque soir.

Jamais rien du côté du foie, aucune douleur hépatalgique spontanée, aucune douleur à la palpation du foie.

Le malade s'est peu à peu cachectisé.

Depuis quelques jours son ventre est un peu ballonné. En outre, il y a un peu d'ascite : flot lombo-abdominal de Bard.

Les douleurs ont beaucoup diminué, elles persistent au même point, mais très supportables. Les battements et les phénomènes d'expansion artérielle ont cessé en même temps que les fortes douleurs.

17 septembre. — L'ascite a peu augmenté. Foie petit : son bord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes, sa matité totale n'excède pas cinq travers de doigt.

Matité splénique très petite.

8 octobre. — Pas d'œdème des membres inférieurs. Œdème latent de la région lombaire. Boule d'œdème vers la 7^e vertèbre cervicale. Son ascite semble avoir augmenté. Matité plus nette dans les flancs. Flot lombo-abdominal persiste plus net.

Le malade ne s'alimente presque pas ; la moindre nourriture lui donne des pesanteurs gastriques, des douleurs. Jusqu'à présent, tendance à la constipation ; depuis huit jours, au contraire, la diarrhée s'est installée.

Les ganglions inguinaux sont durs, roulent sous le doigt et paraissent un peu plus volumineux du côté droit. On les perçoit bien plus nettement qu'avant. Ils ont sûrement augmenté de volume et de consistance depuis trois semaines environ.

11 octobre. — Le foie part à peu près de la 5^e côte sur la ligne mamelonnaire, s'arrête au niveau des fausses côtes.

Dimensions normales.

Météorisme abdominal. Diarrhée plus abondante (10 à 12 selles en vingt-quatre heures) de suite après l'ingestion des aliments.

Ascite plus abondante avec matité déplaçable. La cachexie a considérablement augmenté, les yeux sont excavés et le malade a un facies squelettique.

Langue rouge desquamée.

Alimentation à peu près nulle.

18 octobre. — Le malade est mort ce matin à 5 heures.

Pendant les jours qui ont précédé la mort, le malade est resté confiné au lit, ne parlant pas, bougeant à peine, blotti sous ses couvertures. L'amaigrissement et l'état cachectique étaient poussés à leurs dernières limites.

Le teint est resté constamment pâle et décoloré, mais à aucun moment n'a présenté d'ictère, ni de teinte jaunâtre.

Les urines ont été examinées souvent; il n'y a eu à aucun moment :

Ni polyurie,

Ni glycosurie,

Ni albuminurie.

Autopsie le 19 octobre 1901. — Cadavre très émacié; le tissu cellulo-adipeux a presque complètement disparu, laissant une véritable dissection naturelle des nerfs et des vaisseaux.

Ouverture de l'abdomen. — Il s'écoule une certaine quantité de liquide ascitique (4-5 litres). L'estomac est petit, rétracté sur lui-même; l'intestin de même; en certains points, calibre très réduit; vacuité par suite de l'absence presque totale d'alimentation dans les derniers jours de la vie. Nombreux ganglions mésentériques engorgés; noyaux secondaires dans le foie. *Tumeur primitive du pancréas.*

Ouverture du thorax. — Les plèvres sont adhérentes des deux côtés par de nombreux tractus lâches, facilement détachables, quelques centimètres cubes de liquide aux bases (25 à 50 cc.).

Symphyse péricardique totale, mais lâche; on sépare facilement avec le doigt et on isole le cœur.

Eviscération totale. Dissection et examen des organes :

Poumons. — Relativement sains. Emphysème très marqué. Aucune cicatrice tuberculeuse. Sur le poumon droit, à la partie antérieure, on trouve un petit foyer gangreneux superficiel avec participation de la plèvre.

Cœur. — Petit, mais normal. Aucune lésion valvulaire. Orifices suffisants.

Les valvules aortiques présentaient quelques dépôts calcaires qui ne gênent pas leur fonctionnement. L'aorte est assez fortement dilatée, comparativement au volume du cœur. Quelques lésions athéromateuses.

L'aorte thoracique et abdominale est examinée dans toute son étendue au voisinage de la tumeur pancréatique. Elle adhère par les branches qui en émanent, mais la paroi propre de l'aorte n'est pas intéressée et se dissèque assez facilement.

Au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale existe une plaque calcaire très dure et assez étendue, qui se prolonge de quelques millimètres sur les iliaques.

La tumeur primitive occupe la partie moyenne et la queue du pancréas; le côté droit ou tête est complètement indemne. On cherche les rapports de cette tumeur avec l'intestin et les voies biliaires. On dissèque le duodénum, la vésicule, le canal cystique et le cholédoque. La vésicule est distendue sans exagération, remplie de bile. Le cystique a son volume normal; par contre, le cholédoque et surtout l'hépatique sont très augmentés de volume, turgescents (gros seur d'un porte-plume). Ils ne sont pas en rapport cependant avec la tumeur primitive, mais seulement avec des ganglions. Ces canaux sont, d'ailleurs, tous perméables et le duodénum a sa muqueuse toute imprégnée de bile jaune, épaisse, visqueuse, qui éloigne toute idée de rétention totale. Le malade, d'ailleurs, n'a jamais eu d'ictère. Pas de calculs dans la vessie, ni les canaux.

Le duodénum est facile à isoler. Il n'est, en aucun point, en rapport immédiat avec la tumeur, il en est séparé par 3 à 4 centimètres de tissu pancréatique sain, de consistance et d'aspect normaux (la tête du pancréas). La muqueuse est saine et l'on

trouve facilement l'ampoule de Water et la caroncule où vient faire saillie le stylet dans le cathétérisme biliaire.

La portion moyenne et la queue du pancréas forment une tumeur dure, résistante à la coupe qui présente un aspect blanc nacré.

Nombreux ganglions cancéreux dans tout le mésentère, au niveau du hile du foie et aussi dans les plis inguinaux des deux côtés.

Le *foie*, est de volume normal, plutôt petit. Il est complètement farci de noyaux secondaires peu étendus et donnant à la coupe l'aspect de taches de bougie.

Les canalicules biliaires interlobulaires de distribution sont dilatés et distendus par la bile ; mais cette rétention ne dépasse pas la limite des canaux d'un certain volume ; le lobule n'est pas imprégné de bile, et le parenchyme hépatique n'a pas du tout l'aspect jaune verdâtre des foies ictériques : il conserve sa couleur brune normale.

La *rate* est de volume et d'aspect normaux.

Les *reins* et les capsules surrénales ne présentent rien de particulier.

De par sa situation, la tumeur exerçait surtout une compression sur l'aorte, mais aussi sur les deux troncs d'origine gauche de la veine porte (veine splénique et petite mésentérique), mais pas du tout sur les voies biliaires. Il n'y avait aucune adhérence avec la veine cave inférieure.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de cancer. Les ganglions inguinaux, que l'on a aussi examinés, ne présentaient pas de dégénérescence cancéreuse.

OBSERVATION VII

(MM. PIC et TOLOT, *Prov. méd.* 1900, et *in* thèse de BACHON, Lyon, 1900.)

La nommé B... Française, soixante-deux ans, entre le 15 mars 1898 à l'hospice du Perron, salle Sainte-Marie, dans le service de M. Pic.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires, la malade n'ayant pas connu ses parents.

Antécédents personnels. — Réglée à 19 ans, ménopausée à 50 ans. Un enfant à 26 ans mort au bout de deux jours. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Dans sa jeunesse, douleurs articulaires avec tuméfaction qui l'obligent à un séjour à l'Hôtel-Dieu et à la Croix-Rousse. Depuis son entrée au Perron, elle n'a eu qu'une fois ces douleurs vives, mais elle souffre un peu dans les doigts et dans les reins.

Gastrite à 28 ans ayant duré longtemps sans qu'elle puisse prendre un aliment.

Elle est traitée en 1878 pour une chute sur les reins ; à la suite, impossibilité de la marche pendant quelque temps et légère rétention d'urine.

Pendant l'hiver 1897-98, Françoise B... fait un séjour à l'infirmerie pour une bronchite.

Etat actuel. — 27 juillet. — La malade se plaint de dyspnée, d'effort, surtout quand elle monte un escalier. Cette dyspnée a augmenté depuis sa bronchite. Elle souffre également d'un point douloureux dans le côté gauche, en arrière, vers la colonne vertébrale.

Elle compare sa douleur à celle produite par une aiguille qui l'embrocherait. Cette douleur est presque continuelle avec des exacerbations, mais elle n'est pas influencée par l'ingestion des aliments. La malade n'a pas d'appétit et se force pour manger. Pas de dégoût pour les viandes. Indigestions fréquentes suivies de vomissements ; renvois aigres ; pas d'hématémèse.

La malade a beaucoup maigri depuis sa sortie de l'infirmerie. Les téguments n'ont pas de teinte spéciale.

Cœur. — La paroi est soulevée par une large surface ; la pointe semble battre dans le 5^e espace intercostal gauche en dehors du mamelon. A l'auscultation, on ne trouve rien d'anormal. Le poulx est petit régulier, les radiales roulent sous le doigt.

Poumons. — L'expiration est un peu prolongée.

Estomac. — Cicatrices de pastilles de potasse au creux épi-

gastrique. La pression à ce niveau est douloureuse. On ne sent pas de tumeur, mais on trouve du clapotage et de la succussion (la malade ayant bu un bol de bouillon deux heures avant).

La pression des côtes à la partie moyenne et en arrière est douloureuse.

Rachis. — Scoliose dorsale à convexité droite avec courbure de compensation à la région lombaire. Traces de pointes de feu sur toute sa longueur.

Foie. — Rien d'anormal.

Urines. — De coloration normale. Un peu d'albumine, pas de sucre.

29 juillet 1898. — *Cœur.* — La pointe bat dans le 5^e espace intercostal gauche au niveau du mamelon et un peu au-dessus. A la base, et particulièrement dans l'angle cleido-sternal droit, on perçoit un souffle systolique grave non perçu au niveau des carotides. Battements rétro-sternaux intenses ; rien à la pointe.

Matité augmentée, surtout au niveau du mamelon.

Radiales dures. Pouls régulier assez tendu (100 pulsations à la minute).

La dyspnée, qui était d'abord une dyspnée d'effort, est maintenant continuelle. Il y a 40 respirations à la minute.

La malade ne peut se coucher sur le côté gauche. Elle souffre depuis un mois de piqûres aux régions dorso-lombaires et épigastriques et de douleurs en ceinture.

A l'épigastre on constate, au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, une tumeur dure, vaguement circulaire, animée de battements, sans que l'on puisse dire que ces mouvements sont expansifs.

Cette tumeur est sonore à la percussion ; profonde submatité. Elle est peu mobile par les mouvements provoqués et semble suivre les mouvements respiratoires. La palpation profonde paraît établir une démarcation entre la tumeur et le foie.

A l'auscultation, sans appuyer le stéthoscope, on perçoit au niveau de la tumeur un souffle systolique intense. Les battements des fémorales semblent un peu en retard sur ceux des carotides.

Dans la région lombaire, à gauche de la colonne vertébrale, on entend des battements plus nets que normalement. Les pupilles sont légèrement contractées. On ne trouve pas de clapotage stomacal. Toute la région sus-ombicale est très douloureuse à la moindre pression.

21 octobre 1898. — On constate que la matité précordiale varie suivant les changements de position.

A la région épigastrique, on note la persistance des battements au niveau du rebord des fausses côtes et de la ligne médiane, une tuméfaction dure. Les soulèvements ne semblent se faire que d'arrière en avant, très peu dans le sens latéral. En somme, peu ou pas d'expansion. Le souffle est très net et suivi d'un deuxième ton synchrone à la diastole du cœur.

A la percussion, les limites de la matité stomacale dessinent une ligne courbe à convexité inférieure dont les extrémités sont au niveau des hypocondres et la partie médiane à l'ombilic. La branche droite aboutit à la face inférieure du foie où l'estomac paraît fixé.

Ces limites sont confirmées par la palpation qui décèle de la rénitence au niveau de la grande courbure. Enfin, de temps en temps, cette grande courbure se révèle à l'inspection, par des mouvements péristaltiques, d'ailleurs vagues.

23 novembre 1898. — Le péristaltisme stomacal est pour ainsi dire constant et s'accompagne de péristaltisme abdominal. Le souffle est toujours intense, même si on n'appuie pas le stéthoscope.

L'amaigrissement et la cachexie ont fait des progrès et sont extrêmes.

12 décembre. — Persistance de la tumeur pulsatile au niveau du creux épigastrique. A un travers de main au-dessous de la base de l'appendice xiphoïde, au niveau d'une ligne horizontale rasant le bord inférieur des fausses côtes, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, présence d'une tumeur dure animée de battements.

L'auscultation y fait percevoir un souffle systolique suivi d'un ton sourd assez vague.

Le péristaltisme stomacal a plutôt diminué d'intensité avec les progrès de la maladie et la cachexie. Pas de vomissements. L'alimentation étant devenue presque impossible à cause d'une douleur survenant dès que la malade cherche à s'alimenter, on donne à la malade des lavements alimentaires.

Au cœur. — Souffle systolique rude entendu à l'appendice xiphoïde; à la pointe, retentissement métallique du second bruit.

Les urines de couleur rouge brique donnent un dépôt très abondant d'une substance pulvérulente blanchâtre.

Un peu d'albumine. Épais disque d'urates.

12 janvier 1899. — Depuis quelques jours la malade se cachectise de plus en plus.

La miction est complètement impossible et nécessite le cathétérisme. Les urines sont rouges couleur vin de Grenache. Elles ne contiennent pas de pigments biliaires.

La malade meurt dans la nuit.

Durant toute la maladie la température a été presque toujours normale ne dépassant jamais 38°.

Autopsie faite le lendemain.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate immédiatement la présence d'une tumeur située exactement au niveau du creux épigastrique en rapport : en haut, avec le foie ; en bas, avec la petite courbure qu'il déprime, si bien que l'estomac allongé et en quelque sorte bilobé, lui forme ceinture convexe inférieurement.

Cette tumeur est adhérente à toutes les régions voisines ; estomac, intestin, vaisseaux, la dissection en est difficile ; toutefois on parvient à se rendre compte très nettement qu'elle est développée au niveau de la partie moyenne du corps du pancréas et en particulier aux dépens de sa partie postéro-supérieure.

A la coupe, on voit que la tête est complètement respectée ainsi qu'une languette au niveau du bord inférieur et de la queue. La tumeur est constituée par une substance nacrée très dure, lardacée, criant sous le scalpel, parsemée de tractus fibreux très épais et de vaisseaux béants. En avant, cette

tumeur se termine par une zone de transition avec la substance saine. La partie antérieure est souple et sous-jacente à la muqueuse duodénale qui est saine. Le cathétérisme du cholédoque est possible ; il n'y a sur son trajet aucun rétrécissement. Il est d'ailleurs complètement en dehors de la tumeur.

Estomac. — La muqueuse présente un épaissement considérable de sa musculature surtout aux approches du pylore. La cavité présente un rétrécissement dû à des adhérences à la face externe de l'estomac en deux points situés au niveau de la petite courbure : l'un au niveau du careta, l'autre au niveau de la région parapylorique. Mais la région pylorique elle-même est saine. L'anneau n'est pas épaissi ; on trouve sur la muqueuse en plusieurs points de petites tumeurs pédiculées, molles, ressemblant à des adénomes.

Le foie présente à la coupe des noyaux d'aspect taches de bougie, dont la plupart varient du volume d'une noisette à une mandarine. Ils ont l'aspect de marron d'Inde à la coupe.

Il y a très peu de substance hépatique saine. Le poids du foie est de 1.040 grammes.

Cœur. — Poids, 270 grammes, rien d'anormal.

Vaisseaux. — Rien à l'aorte, sauf qu'au niveau du tronc cœliaque elle est en rapport avec la tumeur qui devait la comprimer pendant la vie.

Reins. — Ils sont granuleux ; la capsule est adhérente ; la substance corticale diminuée d'étendue. Nombreux kystes à leur surface. Le rein gauche pèse 120 grammes, le droit 90.

Rate. — Elle présente de nombreux infarctus cancéreux ; poids, 125 grammes.

Poumons. — Aux deux sommets, cicatrices fibreuses anciennes. Emphysème des portions moyennes et des bords antérieurs. A la base gauche, œdème. A la base droite, broncho-pneumonie avec nombreux grains jaunes à la coupe. Les sommets sont adhérents.

Rien à l'intestin, ni aux organes génitaux soigneusement examinés.

On prélève, pour l'examen histologique, des fragments de la

tumeur du pancréas, à la partie périphérique et au voisinage du cardia. Les fragments des divers organes sont aussi prélevés pour l'examen histologique.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par un stroma fibreux très dense, circonscrivant des alvéoles irrégulières et des loges pleines de cellules de forme vaguement cylindrique, très granuleuses, jaunâtres. Il y a, soit de simples traînées, soit des boyaux cellulaires pleins ou canaliculés. Les reins sont sains. Au cœur, aucune lésion, sauf un peu de sclérose du tissu conjonctif des espaces interfasciculaires.

OBSERVATION VIII

(JABOULAY et DESTOT, *Société des Sciences médicales*, Lyon, 1890.)

M. Destot présente les pièces anatomiques d'un malade opéré par M. Jaboulay. Il s'agit d'un homme adulte qui avait eu une bonne santé jusqu'au mois de janvier dernier.

A ce moment, il ressentit des douleurs dans la région épigastrique.

Au mois de juin, un médecin de Mâcon, qu'il consulte, reconnaît des battements et la présence d'un souffle dans la région malade.

10 juillet. — M. Poncet songea à un anévrisme de l'aorte de la région abdominale et conclut à la non-intervention.

Peu après, M. Jaboulay prit le service et fit une laparotomie. Le malade présenta de la fièvre depuis le 23 juillet.

A l'autopsie, on constata des noyaux cancéreux dans le pancréas et de la généralisation dans le lobe gauche du foie.

M. Icard demande quels étaient les symptômes qui avaient fait porter le diagnostic d'anévrisme.

M. Destot dit que la tumeur avait des battements et un souffle communiqué, mais très net.

M. Gangolphe demande quel est le diagnostic qui a amené à faire une laparotomie.

M. Jaboulay dit que M. Poncet avait fait le diagnostic d'anévrisme, mais que ce diagnostic était peu acceptable ; il n'y avait pas de retard au pouls fémoral. M. Jaboulay fit une laparotomie exploratrice. En soulevant le lobe gauche du foie, il sentit quelque chose de dur et fit une ponction. Il sortit un liquide qui ressemblait à du pus en formation. La plaie fut drainée.

A l'autopsie, on trouva un cancer de la partie moyenne du pancréas, généralisé au foie.

OBSERVATION IX

(CHAPPET, *in* thèse de BACHON.)

Cancer du corps du pancréas, propagation au foie, au poumon.

L. C..., 75 ans, coiffeur, entré le 31 mars 1899, à l'hôpital de la Croix-Rousse (salle Sainte-Irénée), service de M. le docteur Chappet.

Antécédents. — Marié, père de six enfants en bonne santé. Se serait toujours bien porté à part des attaques de rhumatisme. Un peu alcoolique.

L'interrogatoire est assez difficile, le malade est presque incapable de répondre. On arrive à savoir cependant que l'affection actuelle remonte à environ huit mois. A ce moment, il lui arrivait souvent d'être fatigué, de garder le lit pendant plusieurs jours, et cela par faiblesse. Puis il maigrit un peu, perdit l'appétit et, il y a quatre mois, eut deux ou trois vomissements sanglants assez abondants. Depuis, le malade est devenu de plus en plus faible, mangeant de moins en moins, maigrissant beaucoup, mais il ne présente pas de vomissements.

A son entrée, le malade est très amaigri, ayant une anorexie complète, pas de vomissements ; constipation opiniâtre. Pas de toux, mais expectoration de crachats épais, purulents.

A l'examen physique, amaigrissement extrême, cachexie avancée, le visage est très légèrement teinté en jaune.

Aux poumons, quelques râles fixes aux deux sommets.

L'estomac est dilaté et mesure en hauteur 18 centimètres. La palpation ne révèle rien.

Le foie est volumineux, bosselé, recouvrant la région épigastrique. En dehors de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur du volume d'une mandarine qui fait partie du foie.

Cette tumeur est dure, légèrement bosselée et présente un bord assez tranchant, sous lequel il est facile de passer la main.

Le ventre est mou, facilement dépressible et ne présente rien d'anormal.

La rate est un peu grosse, dépasse les fausses côtes, est nettement perçue à la palpation.

Rien au cœur.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Pas de température.

11 avril. — Le malade, dont la cachexie a augmenté chaque jour, meurt sans présenter de nouveaux phénomènes.

Autopsie. — Aux poumons : lésion de tuberculose aux deux sommets avec prédominance du côté droit où se trouvent des cavernes du volume d'une noix.

A la base droite, partie antérieure, existe un noyau dur du volume d'une petite orange nettement séparée du reste du poumon. Coloration jaunâtre à la coupe : la pression ne fait sourdre aucun liquide. Le cœur pèse 350 grammes, les orifices sont normaux ; les coronaires dures sont transformées par place en tubes calcaires.

Dans l'abdomen, on voit une tumeur du volume d'une petite orange qui occupe la place du corps du pancréas. Une fois l'organe disséqué, on le voit séparé nettement en deux parties : l'une comprend la tête de volume et de consistance normaux ; l'autre comprenant le corps et la queue et constituée par une masse blanche, dure à la palpation, légèrement mamelonnée. La coupe laisse sourdre un peu de liquide jaune citron contenu dans une cavité semblant provenir d'une poche dégénérée. La tumeur présente une consistance égale sur les divers points de la coupe, qui est blanche comme la surface.

Le poids du pancréas est de 220 grammes. Du côté du duodénum, pas d'altération. Le canal de Wirsung est perméable jusqu'au milieu de la masse néoplasique. Du côté de l'estomac, varices au niveau du cardia.

Rien du côté de l'intestin.

Le foie présente de nombreux noyaux de généralisation. Il en existe trois du volume d'une petite mandarine. L'un d'eux se trouve à la partie antérieure du lobe, c'est cette masse que l'on sentait à la palpation. D'autres varient entre une tête de grosse épingle et une noix, le foie en est farci. Les grosses présentent à la surface une forme en cratère, les petites forment des taches de bougie. A la coupe, les parties qui ne sont pas envahies semblent normales; la limite entre le tissu hépatique et les noyaux néoplasiques est très nette. En général le foie n'est pas augmenté de volume, il pèse 1.450 grammes.

La rate est augmentée de volume et congestionnée, elle pèse 490 grammes.

Les reins sont normaux et pèsent (G. 190 grammes, D. 290 grammes).

Sur le péritoine, qui recouvre le foie, se trouvent quelques petits nodules cancéreux secondaires.

Les ganglions mésentériques voisins du pancréas sont augmentés de volume.

Examen histologique. — Porte sur des fragments du pancréas, foie et poumons.

1° Des trois fragments du pancréas, deux donnent une glande normale avec un certain degré de sclérose. Le troisième est nettement cancéreux : là, c'est une tumeur alvéolaire à grosses traînées conjonctives; l'intérieur des alvéoles est occupé par de grosses cellules, cubiques quand elles reposent sur la paroi, mais devenant polymorphes dans le reste de l'alvéole. Ces cellules ont un énorme noyau, un protoplasma relativement abondant, mais très granuleux et jaunâtre; certaines de ces cellules prennent même l'aspect de blocs sphériques granuleux où le noyau est invisible.

2° Les noyaux de généralisation du foie se présentent sous

forme de boyaux, souvent même munis d'une lumière tapissée par les mêmes cellules que celles de la tumeur pancréatique. Mais on observe aussi la transformation des cellules en ces grosses boules hyalines que M. Bard regarde comme un des bons caractères des cellules pancréatiques cancéreuses.

Pas d'ictère.

3^o Au poumon, les coupes donnent des ilots cancéreux, mais à cellules épithéliales atypiques, entourés d'une zone épaisse de pneumonie grise. Mais une partie des ilots de généralisation y est en nécrobiose.

Pas de tuberculose histologiquement reconnaissable dans ces fragments.

OBSERVATION X

(Th. de CARON, obs. XXXIV)

Femme de 64 ans qui présente une douleur continue, seul symptôme avec à la palpation une tumeur pulsante prise pour une dilatation aortique.

Diagnostic porté : Ectasie de l'aorte. La tumeur ayant commencé à envelopper l'aorte près du tronc cœliaque amenait la production d'un bruit systolique distinct.

Dans trois de ces observations, nous trouvons des signes nouveaux expliqués par les rapports de cette portion du pancréas avec les organes voisins.

Aussi, nous allons voir tout d'abord quels sont les rapports anatomiques du corps du pancréas :

La face postérieure est en rapport avec les vaisseaux mésentériques supérieurs (col) et l'aorte abdominale.

Le bord supérieur avec le tronc cœliaque et le plexus solaire.

En avant, avec la face postérieure de l'estomac et l'angle duodéno-jéjunal.

Les rapports du pancréas avec le plexus solaire expliquent bien ces douleurs vives à peu près continues, et qui peuvent

être causées soit par de l'irritation directe de la tumeur, soit par l'intermédiaire des filets que le plexus envoie au pancréas, formant un plexus secondaire, le plexus pancréatique.

On peut expliquer les battements que présentait la tumeur dans trois des cas, par ses rapports avec l'aorte, qui lui communiquait ses mouvements.

Reste à expliquer la production du souffle. Il est certain que la tumeur en comprimant l'aorte produisait un rétrécissement à ce niveau ; par suite, formation d'une veine fluide, le sang passant à travers le rétrécissement accidentel dans un espace libre de toute compression et par suite plus large. De là le souffle que nous retrouvons dans les trois cas cités.

Dans l'observation de M. Chappet, ces signes manquent ; mais dans ce cas il n'est point dit que la tumeur comprimait les organes voisins, comme dans les autres observations, ce qui confirme nos explications des signes donnés dans les trois autres cas.

Enfin, ces mêmes signes, battements et souffle, nous font conclure que dans l'observation relatée dans la thèse de Caron, il s'agissait d'un cancer du corps du pancréas, puisque la tumeur enveloppait l'aorte près du tronc cœliaque.

Les signes du cancer du pancréas seront donc différents, suivant que la tumeur comprimera ou non les organes en rapport avec elle à son niveau.

Si la tumeur est cantonnée au corps de l'organe sans s'étendre aux organes voisins, il n'y aura que les signes suivants : cachexie et amaigrissement pancréatiques.

Si la tumeur s'étend au plexus solaire, à l'aorte, on verra alors apparaître : d'une part, cette douleur vive, à peu près continue, dont nous avons déjà parlé ; d'autre part, des battements et un souffle. Le plus souvent, on sentira dans la région une tumeur dure et fixe, ce qui permettra de la distinguer d'une tumeur gastrique qui pourra se déplacer latéralement et d'une tumeur hépatique qui se déplacera de haut en bas, pendant les mouvements de l'inspiration.

Enfin, on éliminera assez facilement l'hypothèse d'un anévrisme

de l'aorte par l'absence du retard du pouls fémoral, ou son peu d'apparence, et par la constatation de la tumeur.

Cela ne veut pas dire que le diagnostic de cancer du pancréas, avec siège au corps, pourra être porté dans tous les cas, puisque tous les signes de compression peuvent faire défaut, témoin l'observation II. Il restera néanmoins pour soupçonner le siège du cancer, cette cachexie et cet amaigrissement vraiment pan-créatiques.

OBSERVATION XI

(CHAUFFARD, Académie de médecine, 20 octobre 1908.)

M. X... est un homme de 37 ans, très robuste et sans antécédents pathologiques, sauf peut-être un chancre syphilitique dans sa jeunesse, et quelques abus d'alcool.

Le 15 janvier 1908, en pleine santé, il est pris subitement d'une douleur très vive au niveau du bord des fausses côtes *gauches*, et cela pendant plusieurs heures, sans que l'exploration de la région décèle rien de particulier.

Les crises sont d'abord espacées et ne reviennent que tous les huit à dix jours, avec les mêmes caractères. Pendant les intervalles qui les séparent, subsiste une sensation de tension abdominale, de ballonnement pénible, de besoin vague d'exonération intestinale, sans coliques, ni diarrhée, sans rien de perceptible à la palpation.

Puis, au bout de quelques semaines, le foyer douloureux se déplace, passe de gauche au milieu et à droite. Les crises surviennent de plus en plus aiguës et rapprochées, et la douleur s'étend à travers, à mi-chemin entre l'ombilic et l'épigastre, dépassant à droite la ligne médiane.

Elle est à la fois profonde et aiguë, angoissante, assez vive pour arracher des cris au malade, accompagnée souvent d'efforts pénibles de vomissements qui n'amènent que le rejet de quelques mucosités. Outre ces douleurs lancinantes et pongitives, existe

souvent une sensation très pénible de constriction viscérale, de corset, suivant l'expression du malade.

En mai, les crises deviennent affreusement douloureuses, ne permettant, pendant leur paroxysme, aucune prise d'aliments ou de liquides, bien que, dans leurs intervalles, il reste une certaine conservation de l'appétit et des fonctions digestives. L'amaigrissement est notable, et la perte de poids est de 15 kilogr. en quatre mois et demi. Pas de glycosurie. La palpation abdominale reste négative et ne révèle ni tumeur, ni augmentation de volume ou déformation d'aucun des organes abdominaux. On ne constate toujours que la même localisation de la douleur transversale et sus-ombilicale, avec son caractère de viscéralgie profonde, angoissante et constrictive, ne cédant qu'à la morphine.

En raison des antécédents de syphilis probable, on songe à la possibilité de crises gastriques au cours d'un tabes fruste. Mais les réflexes tendineux et iriens sont conservés, et la ponction lombaire montre que le liquide céphaloéarchidien est normal.

A la fin du mois de mai et malgré tout ce qu'on peut lui dire, X... part pour Plombières. Mais il souffre de plus en plus, ne peut suivre aucun traitement, et, au bout de huit jours, revient à Paris.

Le 27 mai, pour la première fois, les fèces se décolorent, les urines deviennent acajou, chargées de pigments biliaires et d'urobiline; un ictère très net, quoique assez peu intense, apparaît.

Le 29 mai, léger état fébrile (38°3). Le malade réclame à tout prix une opération, et celle-ci est pratiquée le lendemain.

A l'ouverture du ventre, M. Tuffier ne constate ni ascite, ni péritonite. Le foie est de volume et d'aspect normal, la vésicule à peine un peu distendue et pleine de mucus. L'exploration digitale montre, en revanche, des lésions profondes du pancréas. Toute la *partie moyenne* de la glande, depuis le col jusqu'au voisinage de la queue du pancréas, est *bosselée* et *dure*, farcie de nodules gros comme de petits pois, et de consistance néoplasique. Un ganglion tuméfié et dégénéré est constaté au niveau du col de la vésicule biliaire.

Dans ces conditions, un drainage de la vésicule est institué, avec mèche plongeant dans la région sous-hépatique.

Les suites de cette intervention ont été des plus bénignes, et même d'abord des plus favorables, en ce sens que les douleurs abdominales ont immédiatement disparues; bien plus, vers le huitième jour, les matières recommencent à se colorer, les urines s'éclaircissent et l'ictère diminue notablement. L'appétit reparait et une alimentation presque excessive est reprise.

Mais cette amélioration inespérée ne devait être que de bien courte durée. Vers le 18^e jour après la laparotomie, l'ictère se montre à nouveau et se fonce rapidement jusqu'à prendre une teinte verdâtre. Puis les vomissements se reproduisent, de plus en plus fréquents, aboutissant, vers le trentième jour, à une intolérance gastrique absolue. Peu de crises douloureuses; à peine, de temps en temps, une ébauche de constriction en corset. Fièvre oscillant entre 38° et 38°5.

Puis, peu à peu, le malade arrive à ne plus vivre que d'injections salines, de morphine (10 à 12 centigrammes par jour), de lavements alimentaires. Il s'éteint dans la plus profonde cachexie à la fin du mois de juillet, deux mois après l'intervention opératoire.

OBSERVATION XII

(CHAUFFARD, Académie de médecine, 20 octobre 1908.)

Il s'agit d'un homme de quarante ans, robuste et même obèse, non syphilitique, et n'ayant dans ses antécédents pathologiques d'autre tare que des abus répétés de vin. Au commencement de décembre 1907 apparaît, sans cause appréciable, une douleur vive et presque permanente au niveau du rebord des fausses côtes *gauches*, avec sensation de plénitude intestinale, faux besoin d'aller à la selle, comme par une sorte de ténésme de tout le colon.

Cette douleur est si pénible que le malade redoute de se lever,

et reste assis sur son lit, le tronc plié en avant, les mains croisées au devant des genoux fléchis. Ce n'est que dans cette position de relâchement abdominal qu'est obtenu un peu de soulagement.

La station debout n'est possible que le corps penché en avant.

Cet état de souffrance angoissante et continue empêche le sommeil, et arrive à rendre nécessaires les injections de morphine.

Et cependant il n'existe ni fièvre ni modification du pouls; l'appétit est conservé et les digestions se font bien; les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Sous l'influence du régime lacté prolongé, la sensation de météorisme abdominal s'atténue, et les phénomènes de fausse constipation s'amendent de plus en plus. Mais la douleur résiste à tout traitement, toujours localisée vers l'angle gauche du colon, et accompagnée, en février et en mars, d'une irradiation postérieure, d'une sensation de barre douloureuse à la partie supérieure de la région lombaire. La palpation abdominale continue à ne révéler l'existence d'aucune tumeur.

Dans les premiers jours d'avril 1908, une période d'accalmie permet au malade d'aller passer quelques semaines à la campagne. Mais il en revient bientôt, repris de douleurs de plus en plus cruelles, en corset, et qui se propagent maintenant en barre au-dessous du creux épigastrique. Tout effort pour redresser le tronc exaspère la souffrance, et le malade reste assis dans son lit et comme replié sur lui-même.

L'amaigrissement, malgré la conservation apparente des fonctions digestives, est devenue très notable.

Le 20 mai, la palpation abdominale laisse sentir dans la profondeur une tuméfaction assez vague et mal délimitée dans les régions vésiculaire et sus-ombilicale.

Le 30 mai, apparition d'un ictère par rétention, avec cholurie et décoloration fécale.

Le 2 juin, le Dr Tuffier pratique une laparotomie exploratrice, et fait les constatations suivantes : vésicule plutôt petite, et con-

tenant une bile muqueuse et assez peu colorée, intégrité de la tête et de la queue du pancréas, mais toute la partie moyenne de la glande, le corps du pancréas, est augmentée de volume, bosselée, bourrée de nodosités piriformes indurées, de consistance néoplasique ; les ganglions prévertébraux sont tuméfiés et dégénérés ; quelques noyaux néoplasiques sont perceptibles dans la face inférieure du foie.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs disparaissent, mais l'ictère persiste tout aussi foncé. Le malade n'en est pas moins enchanté du résultat obtenu, et se croit guéri. Mais, malgré l'absence de vomissements, et bien que les douleurs n'aient pas reparu, la cachexie s'aggrave rapidement, l'ictère reste très prononcé, et la mort survient le 10 juillet.

CHAPITRE III

Considérations anatomo-pathologiques et étiologiques.

Il est peut-être un peu prématuré de vouloir décrire la marche et l'évolution locales du cancer du corps du pancréas. Les observations sont encore trop peu nombreuses et la plupart trop incomplètes, un grand nombre de constatations étant purement opératoires. Cependant il semble qu'on peut dès maintenant indiquer les grandes règles de cette évolution. La tumeur, irrégulière et bosselée, donnant souvent l'apparence de noyaux multiples, durs, « farcie de nodules gros comme des petits pois », tend à faire saillie sur la face antérieure du pancréas. Elle siège généralement devant l'aorte qui peut lui communiquer des battements. Elle vient, d'autre part, se montrer au-dessus de la petite courbure ; refoulant à travers l'arrière cavité des épiploons les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique. En pareilles circonstances, elle vient se montrer sous la paroi et est perceptible à l'exploration. Si l'estomac est haut situé, la tumeur rencontre la face gastrique postérieure, la refoule, mais n'est pas perceptible à

l'exploration. Localement, elle tend à englober les vaisseaux spléniques (Kœrte) et peut évoluer dans deux directions. Cette distinction est capitale, car c'est d'elle que dépend la symptomatologie terminale de la maladie.

Dans un premier cas, elle marche petit à petit vers la tête, qu'elle envahit secondairement et arrive finalement à prendre le masque d'un cancer céphalique, c'est-à-dire à créer, dans une période terminale, le syndrome d'ictère chronique (Une de nos observations personnelles. — Observation I de Chauffard).

Dans un deuxième cas, la tumeur se porte vers la queue de l'organe. Les seuls symptômes sont des douleurs et de l'amaigrissement. Il n'y a jamais d'ictère.

Étiologie. — Sur quinze observations (1) que nous avons pu réunir, nous trouvons 10 hommes et 5 femmes. Le plus jeune de nos malades avait 37 ans. Les autres étaient entre 40 et 45 ans. Huit avaient dépassé 60 ans. Un avait 75 ans. Dans les antécédents, rien de spécial à noter. Chez un malade de M. Poncet, nous avons relevé du paludisme ancien : dans un de nos cas, qui fut ultérieurement autopsié dans le service de M. le professeur Teissier, deux ans avant les premiers troubles pancréatiques, la malade avait eu de l'ictère par rétention, durant quatre mois. Notons à ce sujet que l'autopsie montra la présence de calculs dans la vésicule, ce qui explique parfaitement cet ictère ancien.

(1) Aux treize observations que nous rapportons, nous avons ajouté les deux citées par Kœrte, dans son article de la *Deutsche Chirurgie*, sur lesquelles les détails cliniques manquent.

CHAPITRE IV

Etude clinique et diagnostique.

Dans le plus grand nombre de cas la maladie débute en pleine santé par des douleurs siégeant dans la région sus-ombilicale, généralement à gauche, au niveau du rebord costal.

Sur 13 de nos observations où les détails sont suffisamment circonstanciés, nous la trouvons 7 fois. Elle a des caractères spéciaux que Chauffard a remarquablement analysés et qui sont tout à fait caractéristiques.

« Le symptôme capital, dit Chauffard, est certainement ici la douleur et elle se présente avec des caractères très spéciaux. Tout d'abord, elle a débuté, chez deux de mes malades, à gauche, au niveau du rebord costal, et, de cette localisation initiale, nous devons essayer de trouver une explication satisfaisante. Mais, peu à peu, la douleur se déplace vers la ligne médiane et devient franchement épigastrique, basse et sus-ombilicale, avec irradiations souvent vers le dos, la poitrine, les épaules, en même temps qu'elle revêt une allure très typique. Les paroxysmes, de plus en plus répétés et prolongés, deviennent suraigus, angoissants, aboutissent à un état véritablement cruel de viscéralgie pro-

fonde, de constriction en corset, dont je ne connais l'analogie que dans les crises tabétiques les plus intenses. L'attitude des malades devient caractéristique et ils ne trouvent quelques soulagements qu'en se tenant assis, courbés en avant et les genoux repliés, en état de relâchement abdominal aussi complet que possible. Pendant les crises douloureuses, aucune alimentation ne peut être supportée, et dans leur intervalle, aucun régime ne paraît avoir une action préventive sérieuse. Ne retrouvons-nous pas, dans ce syndrome si effroyablement douloureux, les traits caractéristiques du tableau que traçait M. Dieulafoy dans sa description magistrale du drame pancréatique ? Les douleurs sont bien les mêmes, par leur siège aussi bien que par leurs caractères. Elles ne diffèrent que par leur évolution, subordonnée elle-même à leur cause productrice. Les cas que visait M. Dieulafoy sont des cas aigus, qui correspondent anatomiquement à la cystostéatonécrose ou aux hémorragies pancréatico-péritonéales. Ils se terminent le plus souvent par une mort très rapide en peu de jours.

« Ceux que nous étudions sont donc chroniques et ils évoluent avec la marche lente et progressive des affections cancéreuses. Mais l'analogie clinique n'en est pas moins frappante et nous verrons qu'elle s'explique par l'intervention probable, dans les deux cas, d'un même complexe anatomique : la lésion du plexus solaire. »

En même temps que ces douleurs apparaît quelquefois un peu de tension épigastrique. Chauffard signale dans ses deux observations une sensation de plénitude

intestinale que nous n'avons pas retrouvée dans les autres observations. Par contre, plusieurs fois le début se fait par des troubles gastriques ; perte d'appétit, dégoût des matières grasses, nausées, état saburral, indigestions répétées, vomissements. Ces vomissements sont rarement alimentaires, amplement glaireux, tout à fait identiques aux causes du cancer que l'on trouve fréquemment chez les malades atteints de cancer gastrique non orificiel.

On trouve aussi chez quelques malades des vomissements sanglants et du mælena. Le malade de Chappel avait eu des hématomèses, celui de Bériel, du mælena à deux ou trois reprises. Dans la troisième catégorie de faits, c'est uniquement par signes d'asthénie, de cachexie progressives que la tumeur marque son apparition. L'observation Devic-Bériel est la plus caractéristique à ce point de vue. Leur malade depuis huit mois était essoufflé, se fatiguait vite, avait perdu ses forces, cessé son travail puis l'avait repris. Au bout de cinq mois d'affaiblissement progressif, l'apparition d'une ascite assez considérable avait traduit avec évidence l'existence d'une néoplasie profonde.

La période d'état est constituée par l'accentuation et le groupement de tous les symptômes précédemment décrits. Très amaigri, affaibli, le malade souffrant beaucoup dans la région épigastrique et surtout dans le dos et à gauche, se plaignant souvent de troubles digestifs, voit, dans plus de la moitié des cas, apparaître une tumeur. Nous la trouvons signalée 8 fois sur 13, et dans les deux autres observations nous avons noté la tuméfaction ou la résistance de la paroi,

une constatation du même genre. Cette tumeur a des caractères très particuliers sur lesquels MM. Delore et Leriche ont attiré notre attention : associés à l'existence de douleurs dorsales très violentes, ils peuvent et doivent songer à un cancer du corps du pancréas.

Siégeant sur la ligne médiane ou à gauche de la région sus-ombilicale, cette tumeur soulève la paroi et crée une asymétrie des régions sous-costales, ce qui ne se voit guère dans les tumeurs à joint de départ gastrique. Cette tuméfaction, dont la main posée à plat sur le ventre saisit de suite le relief, est bosselée, irrégulière, paraît plonger dans la profondeur et a cependant, au premier abord, l'apparence d'une certaine mobilité. Dans un certain nombre de cas, elle est soulevée par les battements aortiques. Lorsqu'on appuie la main il semble qu'on palpe directement l'aorte abdominale.

L'auscultation à ce niveau fait entendre un souffle synchrone à la diastole artérielle et c'est ce qui fait croire à un anévrisme de l'aorte abdominale, Boldt, nous dit Kœrte, avait déjà noté ce fait.

En 1890, M. Poncet, reconnaissant des battements épigastriques et un souffle à ce niveau chez un de ses malades, conclut à un anévrisme de l'aorte.

Une laparotomie montra à M. Jaboulay un cancer du corps du pancréas généralisé au foie.

Plus tard, Pic et Tolot isolèrent la forme pseudo-anévrysmale, dont ils rapportaient une observation très étudiée, et Gimbert, trois ans plus tard, consacrait sa thèse à l'étude de cette forme. Un certain degré d'éréthisme cardiaque (amplitude du pouls radial, battements carotidiens) rendent encore l'erreur plus facile.

Mais, malgré ces signes cardio-vasculaires, l'absence du retard du pouls fémoral sur le pouls radial doit permettre d'éliminer l'idée d'anévrisme, tumeur, du reste, bien plus exceptionnelle.

Dans toute cette période, le malade ne présente aucun signe hépatique, pas d'ictère; ses urines ne renferment ni sucre, ni albumine. La recherche de la graisse dans les selles, faite exceptionnellement, est restée négative. La réaction de Cammidge serait-elle plus sensible? Elle n'a pas été, à notre connaissance, employée en de pareils cas, mais nous pensons que les signes de déficit pancréatique ne doivent être qu'exceptionnellement rencontrés dans des affections somme toute assez localisées.

La période terminale est différente suivant la localisation de la tumeur, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Dans certains cas, jusqu'à la fin, le malade ne présente pas trace d'ictère. Il est amaigri, ascitique et il porte parfois des adénopathies à distance. Il se cachectise et meurt dans cet état sans avoir jamais eu la moindre jaunisse. D'autres fois, au contraire, on voit apparaître peu à peu les signes connus d'ictère par rétention, ictère progressivement plus foncé, sans rémission, avec grosse vésicule. Il est manifeste, en pareil cas, que le néoplasme envahit le pancréas céphalique et comprime le cholédoque. En pareille occurrence, la dénutrition est plus rapide encore que dans le cas précédent et la fin ne se fait guère attendre. Nous trouvons cet ictère signalé dans les deux observations de Chauffard et dans une de nos observations personnelles. Il semble, en somme, que ce soit l'éventualité la plus rare.

DIAGNOSTIC

Il peut paraître très osé de vouloir porter le diagnostic du néoplasme du corps du pancréas, et jusqu'à présent, un pareil diagnostic n'a été fait d'habitude qu'au cours d'une opération ou d'une autopsie.

Avec les nouveaux éléments dont on dispose actuellement, et en se basant sur le syndrome douloureux bien spécial, sur les caractères de la tumeur, tels que nous les avons indiqués, il est peut-être possible cependant de le porter. Nous avons vu MM. Delore et Leriche l'énoncer et la laparotomie le confirmer. Ainsi en fut-il dans un cas de Chauffard: On se basera sur :

1° Douleur très violente, initialement localisée à gauche avec irradiations vers le dos et les épaules, profondément située, avec paroxysmes angoissants. Ceci est assez particulier et ne peut guère être confondu avec la douleur de l'ulcère gastrique, plus localisée, influencée par les ingestions alimentaires, moins angoissante, moins irradiée. L'ulcère, d'autre part, sans son type aigu, se voit chez des gens jeunes et ne s'accompagne pas de cachexie ni d'amaigrissement propres au néoplasme pancréatique. L'analogie de la douleur pancréatique avec les crises gastriques du tabes est bien plus considérable. Même acuité, même soudaineté, résistance à la thérapeutique habituelle, tout cela apparaît à la même période de la vie, aussi ne doit-on pas s'étonner d'être obligé de laisser quelquefois le diagnostic en suspens. Chez un malade de Chauffard il fallut aller jusqu'à la ponction

lominaire pour pouvoir rejeter à coup sûr le diagnostic du tabes. Oser, d'ailleurs, avait, en 1898, déjà insisté sur l'analogie clinique des crises pancréatiques et tabétiques. Il faudra donc, en pareille occurrence, faire une enquête clinique très minutieuse et chercher tous les signes du tabes funeste.

2° La tumeur est irrégulière, un peu bosselée, fait saillie dans la partie gauche de la région épigastrique qu'elle soulève et dont on aperçoit l'asymétrie à jour frisant. La palpation en est douloureuse et elle donne l'impression que cette masse immobile, dans les mouvements respiratoires, plonge profondément.

Chez un homme cachectique, présentant le syndrome douloureux, les caractères sus-indiqués permettent d'éliminer l'idée de néoplasme gastrique. Les tumeurs de l'estomac, en effet, surtout celles siégeant au corps, s'étalent le long des parois gastriques. Elles sont en quelque sorte aplaties par les incessantes allées et venues respiratoires de l'estomac. Ce sont peut-être là des nuances difficiles à saisir au premier abord, mais, dans certains cas, suffisamment caractéristiques pour s'imposer à l'esprit. Ce sont elles qui permirent, dans une de nos observations, de prononcer, avant la laparatomie, le mot de cancer du corps du pancréas.

Quand la tumeur est pulsatile, soulevée par des battements aortiques, il a pu venir à l'esprit de la prendre pour un anévrisme de l'aorte. Dans l'observation rapportée par Destot, M. Poncet avait porté ce diagnostic. Même fait s'est produit entre les mains de M. Pic, de M. Barjon, si bien que l'on a créé le mot de forme pseudo-anévrysmatique. Il nous semble qu'aujourd'hui, avec

la connaissance du néoplasme du corps du pancréas et de son syndrome, pareille erreur serait plus difficile. En tous cas, l'examen comparé du pouls radial et du pouls général, des pouls fémoraux entre eux permettrait d'éviter l'erreur.

Il reste une dernière question à traiter au point de vue du diagnostic. La laparotomie étant faite et la masse d'apparence néoplasique étant constatée sur le corps pancréatique, peut-on affirmer l'existence du néoplasme? En réalité, hors le cas de généralisation et des symptômes rationnels, donnés par l'examen de l'état général, il n'y a pas de signe différentiel absolu entre l'inflammation chronique, tuberculeuse ou autre, du pancréas et le cancer. Aussi est-il arrivé de voir sous la seule influence de la laparotomie exploratrice la tumeur considérée comme néoplasme rétrocéder, l'état général se remonter et le malade arriver à la guérison absolue. C'est là une heureuse éventualité sur laquelle on ne devra pas compter, mais qui est une raison de plus de recourir, en pareil cas, à la laparotomie exploratrice. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante :

Pancréatite chronique. — Laparotomie exploratrice — Guérison.

OBSERVATION XVI

F..., 36 ans, de Lagnieu (Ain).

Entrée dans la clinique du professeur Poncet le 27 mars 1907. Elle éprouve quelques troubles digestifs depuis trois mois, vomit rarement. Elle a surtout beaucoup maigri et ressent de très vio-

lentes douleurs localisées à l'épigastre et dans le flanc gauche, avec irradiations dans le dos. On perçoit, sous les fausses côtes gauches, une tumeur qui s'étend de là transversalement jusque sur la ligne médiane, où persiste une sensation de plastron. Comme il y a un certain degré de péristaltisme du côlon ascendant et du clapotage cæcal, on recherche, par l'insufflation de l'estomac et des côlons, à localiser cette tumeur. Elle disparaît après cette insufflation. Radioscopie négative. Rien dans les urines, ni dans les selles. On pense à une tumeur du côlon à cause de la mobilité apparente, et c'est avec ce diagnostic qu'est entreprise, par M. Delore, la laparotomie sus-ombilicale. Celle-ci montre un pancréas très augmenté de volume, dur, non adhérent aux plans pré-vertébraux. Des bosselures sur le corps de la glande font pencher vers le diagnostic de cancer du corps. Les autres organes abdominaux sont sains. L'abdomen est refermé. Les jours suivants, sans troubles intestinaux, il y eut de la fièvre, 37°5 à 39°, qui persista jusqu'au 28 avril. La malade paraît guérie, ne souffrant plus, le 16 mai. Cette guérison restait parfaite en juillet 1908. Il s'agissait probablement d'une pancréatite, et non d'un cancer comme on l'avait cru.

TRAITEMENT

En présence d'un cancer aussi douloureux et d'évolution aussi rapide que le cancer du corps du pancréas, la thérapeutique médicale est évidemment impuissante à calmer les souffrances : la morphine est la seule ressource qu'elle puisse offrir.

Chirurgicalement, peut-on davantage et doit-on opérer de tels malades ?

Comme le dit Chauffard, on le peut et on le doit pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le diagnostic de cancer du corps n'est qu'un diagnostic de probabilité. Il n'est que juste de

faire bénéficier le malade de la possibilité d'une erreur. L'observation que nous avons rapportée au chapitre précédent en est une preuve convaincante ; trois ans après la laparotomie purement exploratrice qui avait montré une tumeur de la partie médiane du pancréas, la malade était en parfaite santé, la mise à l'air ayant fait rétrocéder une masse inflammatoire douloureuse.

Il faut, d'autre part, intervenir, car, dans un très grand nombre de cas, l'opération a été un sédatif immédiat et a supprimé pour un temps les crises douloureuses. Chauffard insiste sur ce bénéfice très appréciable constaté dans les deux faits qu'il relate.

Dans une de nos observations, il en fut de même et le malade partit très amélioré. Evidemment, le répit n'est pas de très longue durée, mais c'est déjà beaucoup que d'apporter aux malades de ce genre quelques semaines de soulagement.

D'autre part, la laparotomie n'est pas forcément exclusivement exploratrice, dans certains cas on doit faire davantage.

1° Il est des cas en effet où, comme nous l'avons indiqué, le néoplasme a des tendances à marcher vers la tête du pancréas et à comprimer le cholédoque.

Lorsqu'on constate une extension de ce genre, il est prudent de faire une anastomose cholécysto-intestinale qui préviendra l'ictère. Parmi les différents types d'anastomoses possibles, la cholécysto-gastrotomie que M. Jaboulay a défendue dans les cas de cancers de la tête du pancréas, nous paraît remplir toutes les indications nécessaires. Faite à l'aide de son bouton anastomotique, elle ne demande que quelques minutes et ne

saurait aggraver le pronostic de la laparotomie exploratrice. Elle permettra d'éviter les surprises désagréables, comme cela arriva à l'un de nos malades (observation I), qui prit un ictère progressivement plus foncé avant même d'avoir pu quitter son lit, après sa laparotomie exploratrice.

2° Peut-on faire davantage ? — Si le diagnostic précoce est porté, dit Chauffard, il n'est plus impossible de l'espérer.

« La pancréatectomie céphalique, récemment étudiée et préconisée me paraît chose difficile et d'une hardiesse bien risquée. Mais enlever un noyau néoplasique par *résection médiane du pancréas* ne me semble pas chose impossible, si on opère de bonne heure, dès que les premières crises douloureuses ont éveillé la pensée de la lésion possible. Peut-être est-ce beaucoup demander à la chirurgie, mais ses progrès incessants, ses admirables succès, dont nous, médecins, sommes chaque jour les témoins reconnaissants, ne nous permettent-ils pas toutes les espérances ? »

Un pareil enthousiasme est peut être prématurée, cependant il existe des pancréatectomies partielles du corps suivies de succès. Dans son travail sur la chirurgie du pancréas, Villar (de Bordeaux) cite celles de Ruggi (*Giorn. int. del Sc. med*, Napoli, CXII, 1890, p. 81-90) ; de Briggs (*St-Louis med a. surg. journ.*, 1890), t. LVIII, p. 154-155) ; de Briondi (*Clinico-chirurgico*, 1896, p. 131-145) ; résumé in Kærte (1898, p. 134) ; de Matthe (*Gode thit. a Icrift f. Itebeberg Kristiania*, 1895) ; de Sculer (*Deut. Zeitschrift für Chir.*, 1896, *bd.* XI, p. 3.)

Il nous semble qu'en pareil cas le mieux serait de passer par voie gastro-colique, et de reporter fortement en bas et en haut le côlon et l'estomac : la résection elle-même, dans le plus grand nombre des cas, devrait, nous semble-t-il, comporter toute la partie gauche, corps et queue de l'organe. Une telle ablation pourrait-elle se faire en conservant l'intégrité des vaisseaux spléniques ? Au cas où il faudrait les sacrifier, quel serait l'avenir de la rate ? Autant de questions que l'avenir seul peut trancher. L'hémostase directe du moignon cervical nous paraît parfaitement possible à seule condition d'une extériorisation suffisante. Mais que doit-on faire de la tranche de section pancréatique ? On a parlé de l'aboucher à la peau, de l'isoler par des compresses... Tout ici est encore bien théorique. Et nous ne pouvons faire autre chose que de poser la question, sans avoir les éléments de la résoudre.

CONCLUSIONS

Le cancer du corps du pancréas est peut-être plus fréquent qu'on ne l'a cru ; la laparotomie systématiquement faite dans les tumeurs de l'étage sus-ombilical de l'abdomen montre qu'il est habituellement pris pour un cancer de l'estomac.

Anatomiquement, il faut en distinguer deux variétés : l'une qui marche vers la tête de l'organe et qui donne lieu secondairement à un syndrome d'ictère chronique tardif, l'autre qui se porte vers la queue et qui n'a aucune tendance à comprimer les voies biliaires.

La symptomatologie du cancer du corps est suffisamment caractéristique dans nombre de cas pour permettre un diagnostic. Deux éléments symptomatiques sont particulièrement significatifs, l'intensité extraordinaire des douleurs siégeant dans le dos et à gauche (syndrome solaire, syndrome douloureux de Chauffard) et l'existence d'une tumeur irrégulière bosselée soulevant la paroi, bien différente, pour qui est prévenu, des tumeurs gastriques.

Au point de vue thérapeutique, la laparotomie exploratrice doit être faite systématiquement en pareil cas.

Théoriquement, en effet, la pancréatectomie partielle du corps est possible sans léser aucun organe important. Elle permettra peut-être à l'avenir d'essayer la cure radicale de ces tumeurs. D'autre part, la simple laparotomie exploratrice calme souvent les douleurs. Elle doit être suivie, dans les tumeurs qui se portent vers la tête, d'une cholécysto-gastrostomie, qui préviendra l'apparition de l'ictère et soulagera par conséquent le malade. Enfin la possibilité d'erreur de diagnostic doit entrer en ligne de compte comme argument valable.

Vu :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 juin 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

